

ANA RITA SALVÉ-RAINHA MADEIRA

**RAZÕES PARA VIVER COMO FATOR PROTETOR DA
IDEAÇÃO SUICIDA EM JOVENS-ADULTOS**



2017

ANA RITA SALVÉ-RAINHA MADEIRA

**RAZÕES PARA VIVER COMO FATOR PROTETOR DA
IDEAÇÃO SUICIDA EM JOVENS-ADULTOS**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Marta Brás**



2017

Razões para viver como fator protetor da ideação suicida em jovens-adultos

Declaração de Autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura:

Ana Rita Salvé-Rainha Madeira

Copyright em nome de Ana Rita Madeira

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho académico foi realizada ao longo de um percurso, do qual surgiram vários desafios, oportunidades, novas experiências e novos conhecimentos. Como tal, não se tratou de um caminho isolado, uma vez que durante esta fase surgiram várias pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho. Assim, não poderia deixar de prestar o meu agradecimento a essas pessoas:

Um especial obrigada à Professora Marta Brás, por toda a dedicação, orientação, motivação e compreensão ao longo desta etapa. Não poderia estar mais agradecida por todo o trabalho que fez comigo. Para mim foi um enorme privilégio trabalhar consigo.

A toda a minha família, em especial aos meus pais, que sempre me deram a força para chegar onde estou hoje.

Aos meus amigos que me acompanharam desde o primeiro ano de Universidade e que partilhámos a vida académica juntos: Alexandra Marto, Cláudia Lourenço, Helder Vitorino, João Gomes e Verónica Rijo.

Às minhas amigas de infância, embora não tenhamos partilhado esta etapa em conjunto a vossa presença foi sempre notável: Cláudia Guedes e Isabel Godinho.

À Dr.^a Isabel Silva, pelo encorajamento, força, disponibilidade e compreensão.

A todas as Universidades e Institutos Politécnicos pela adesão e aceitação do pedido de participação dos seus alunos.

E, por fim, mas não menos importante, a todos os participantes que se disponibilizaram para integrar este estudo.

Obrigada!

RESUMO

O comportamento suicida é, nos dias de hoje, um problema de saúde pública que tem vindo a preocupar profissionais de saúde e entidades de diversas áreas. Para uma correta intervenção e prevenção deste fenómeno é imprescindível uma adequada compreensão de todos os processos envolvidos no comportamento suicida. Deste modo, existe uma grande necessidade em desenvolver estudos sobre a temática, nomeadamente, estudos que abordem a relação entre fatores de risco e de proteção, de maneira a haver uma maior acessibilidade em prevenir e intervir neste tipo de comportamento.

O presente trabalho é composto por dois estudos. O primeiro estudo pretende analisar as características psicométricas do *Reasons for Living Inventory for Young Adults – II* (RFL-YA-II) com recurso a uma amostra de 936 jovens-adultos ($M_{idade} = 21.77$; $DP = 2.88$) da população portuguesa. Para além do RFL-YA-II, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, ao questionário de ideação suicida (SIQ), ao inventário de depressão de Beck-II (BDI-II), à escala de desesperança de Beck (BHS) e à Escala de afetos positivos e negativos (PANAS).

Os resultados da análise fatorial exploratória permitem replicar o modelo original de 4 fatores do RFL-YA-II e os da análise fatorial confirmatória obtêm índices de ajustamento bastante satisfatórios. Em relação à fiabilidade e validade convergente, discriminante e concorrente, estes resultados vão ao encontro do estudo original do RFL-YA-II e permitem considerá-lo um instrumento viável e fidedigno para o estudo dos fatores protetores do comportamento suicida em jovens-adultos portugueses.

Quanto ao segundo estudo, o principal objetivo consistiu em analisar os fatores preditores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e protetores (razões para viver) da ideação suicida e verificar se existe mediação por parte das razões para viver na relação entre os fatores de risco e a ideação suicida. Neste estudo foi utilizada a mesma amostra ($N = 936$) e os mesmos instrumentos, exceto ao PANAS, que no estudo 1.

Os principais resultados deste estudo revelam que os indivíduos com história de comportamentos autolesivos ($N = 145$) e tentativas de suicídio ($N = 36$) possuem maiores índices de ideação suicida, sintomatologia depressiva e desesperança e menores níveis de razões para viver do que a amostra total ($N = 936$). Além disso, verifica-se uma relação negativa entre os fatores de risco e ideação suicida com as razões para viver. São

identificadas diferenças significativas entre género, mais precisamente, com o sexo feminino a pontuar níveis mais elevados de razões para viver do que o sexo masculino. O contributo dos fatores de risco na ideação suicida é garantido, explicando 53% da variação.

Quanto às relações de mediação, os resultados sugerem que as razões para viver podem mediar parcialmente a relação entre a desesperança e a ideação suicida, quer na amostra total como no grupo de sujeitos com história de comportamentos autolesivos. Na relação entre sintomatologia depressiva e ideação suicida, as razões para viver podem mediar parcialmente essa relação, na amostra de indivíduos que efetuaram comportamentos autolesivos.

Com este estudo conclui-se que as razões para viver possuem um papel importante, como fator protetor, na relação entre sintomatologia depressiva e desesperança com a ideação suicida.

Palavras-chave: Ideação suicida, razões para viver, sintomatologia depressiva, desesperança, jovens-adultos.

ABSTRACT

Suicidal behavior is, nowadays, a public health problem that has been worrying health professionals and entities in many areas. For a correct intervention and prevention of the phenomenon is essential a comprehensive understanding of all processes involved in suicidal behavior. Therefore, there is a great need in studies on a thematic, namely studies that address a relationship between risk and protection risks, a way of greater access to avoid and intervention in this type of behavior.

The present study is composed of two studies. The first study aims to analyze the psychometric characteristics of Reasons for Living Inventory for Young Adults – II (RFL-YA-II) using a sample of 936 young-adults ($M_{age} = 21.77$; $SD = 2.88$) of the portuguese population. In addition to the RFL-YA-II, participants answered a sociodemographic questionnaire, the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), the Beck Depression Inventory – II (BDI-II), the Beck Hopelessness Scale (BHS), and the Positive and Negative Affect Schedule Scale (PANAS).

The results of the exploratory factorial analysis allow to replicate the original model of 4 factors of the RFL-YA-II and those of the confirmatory factorial analysis obtain quite satisfactory indexes of adjustment. In terms of convergent, discriminant and concurrent reliability and validity, these results are in line with the original study of RFL-YA-II and allow it to be considered a viable and reliable instrument for the study of the protective factors of suicidal behavior in portuguese young-adults .

As for the second study, the main objective was to analyze the predictors of risk (depressive symptomatology and hopelessness) and protectors (reasons to live) of suicidal ideation and to verify if there is mediation by reasons to live in the relationship between risk factors and suicidal ideation. In this study, the same sample ($N = 936$) and the same instruments were used, except for PANAS, which in study 1.

The main results of this study reveal that individuals with a history of self-injurious behaviors ($N = 145$) and suicide attempts ($N = 36$) have higher rates of suicidal ideation, depressive symptomatology and hopelessness, and lower levels of reasons to live than the sample total ($N = 936$). In addition, there is a negative relationship between risk factors and suicidal ideation with the reasons for living. Significant differences between gender are identified, more precisely, with the female sex to score higher levels

of reasons to live than the male sex. The contribution of risk factors to suicidal ideation is guaranteed, accounting for 53% of the variation.

As for mediation relations, the results suggest that the reasons for living may partially mediate the relationship between hopelessness and suicidal ideation, both in the total sample and in the group of subjects with a history of self-injurious behavior. In the relationship between depressive symptomatology and suicidal ideation, the reasons for living may partially mediate this relationship in the sample of individuals who performed self-injurious behaviors.

This study concludes that reasons for living have an important role, as a protective factor, in the relationship between depressive symptomatology and hopelessness with suicidal ideation.

Keywords: Suicidal ideation, reasons for living, depressive symptomatology, hopelessness, young-adults.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
1.1. Suicídio: Principais Conceitos e Dados Epidemiológicos	1
1.2. Modelos Explicativos do Comportamento Suicida	6
1.3. Fatores de Risco	8
1.4. Fatores de Proteção	10
1.5. Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA)	11
2. Objetivos	14
3. Metodologia.....	15
3.1. Participantes	15
3.2. Tipo de Amostragem	17
3.3. Instrumentos.....	17
3.3.1. Questionário de Ideação Suicida (SIQ)	18
3.3.2. Escala de Desesperança de Beck (BHS)	19
3.3.3. Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)	19
3.3.4. Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)	20
3.3.5. Reasons for Living Inventory for Young Adults II (RFL-YA-II).....	20
3.4. Procedimentos.....	21
3.4.1. Procedimento de Recolha de Dados	21
3.4.2. Procedimento de Tratamento de Dados	23
4. Resultados	25
Estudo 1	25
4.1. Estudo das Características Psicométricas do Inventário das Razões para Viver em Jovens-Adultos – Versão II (RFL-YA-II)	25
4.1.1. Análise Descritiva.....	25
4.1.2. Análise da Estrutura Interna	28
4.1.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)	28
4.1.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)	31
4.1.3. Análise da Fiabilidade	35
4.1.3.1. Análise da Consistência Interna	35
4.1.3.2. Análise da Estabilidade Temporal.....	36
4.1.4. Análise da Validade	36
4.1.4.1. Validade Convergente e Discriminante.....	36
4.1.4.2. Validade Concorrente.....	37

4.1.4. Diferenças entre Grupos (em função do sexo).....	38
Estudo 2	39
4.2. Estudo da Relação entre Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Ideação Suicida mediada pelas Razões para Viver.....	39
4.2.1. Estatísticas Descritivas e Associação entre as Variáveis	39
4.2.2. Ideação Suicida, Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Razões para Viver em Função do Sexo.....	44
4.2.3. Ideação Suicida, Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Razões para Viver em Função da História de Comportamentos Autolesivos.....	44
4.2.4. Ideação Suicida, Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Razões para Viver em Função da História de Tentativas de Suicídio.....	45
4.2.5. Contributo dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida	46
4.2.6. Análise de Mediação: Efeitos e Tipos de Mediação	47
5. Discussão	50
6. Referências Bibliográficas	60
7. Anexos	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição Estatística dos Itens do RFL-YA-II	25
Tabela 2. Análise Fatorial Exploratória do RFL-YA-II: Método da Verossimilhança Máxima, com Rotação Oblíqua	28
Tabela 3. Índices de Ajustamento para os Modelos Testados	31
Tabela 4. Correlações (r) entre os Fatores do RFL-YA-II	33
Tabela 5. Estrutura Fatorial do RFL-YA-II: Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2).....	33
Tabela 6. Consistência Interna das Subescalas do RFL-YA-II da Versão Portuguesa e da Versão Original (Alfa de Cronbach)	35
Tabela 7. Estabilidade temporal do RFL-YA-II.....	36
Tabela 8. Variância Extraída (VEM) do RFL-YA-II	37
Tabela 9. Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do RFL-YA-II	37
Tabela 10. Correlação entre o RFL-YA-II (Subescalas e Total), a BHS, o BDI-II, o SIQ e o PANAS	38
Tabela 11. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student em função do sexo	38
Tabela 12. Estatísticas Descritivas e Correlações entre as variáveis do estudo (amostra total).....	39
Tabela 13. Estatísticas Descritivas e Correlações entre as variáveis do estudo (amostra de indivíduos que realizaram comportamentos autolesivos).....	41
Tabela 14. Estatísticas Descritivas e Correlações entre as variáveis do estudo (amostra de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio).....	42
Tabela 15. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student das variáveis em função do sexo	44
Tabela 16. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student das variáveis em função da história de comportamentos autolesivos	45
Tabela 17. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student das variáveis em função da história de tentativas de suicídio	46
Tabela 18. Contributo dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida.....	47
Tabela 19. Relação entre Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Ideação Suicida mediada pelas Razões para Viver: Efeitos e Tipos de Mediação	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Scree Plot</i> da retenção dos Fatores	30
Figura 2. Tipos de Efeitos na Análise de Mediação	48

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Pedido de autorização para aplicação e estudo psicométrico do instrumento original do RFL-YA (Gutierrez et al., 2002).....	66
Anexo B – Aceitação do pedido de autorização para aplicação e estudo psicométrico do do instrumento original do RFL-YA (Gutierrez et al., 2002).....	68
Anexo C – Pedido de autorização aos Diretores(as)/Presidentes das Faculdades/Escolas das Universidades/Institutos Politécnicos	70

1. Introdução

1.1. Suicídio: Principais Conceitos e Dados Epidemiológicos

O comportamento suicida advém de uma intencionalidade de pôr fim à vida que, eventualmente, todos os indivíduos podem experienciar devido a acontecimentos adversos e frustrações com várias origens. Contudo, nem todos os sujeitos que em algum momento da sua vida vivenciaram este tipo de pensamento irão realizar estes comportamentos (Guerreiro, 2009). A palavra “suicídio” foi utilizada primeiramente por Abade Prévost em 1734, com a finalidade de dar significado ao “assassinato ou morte de si mesmo” (Porto Editora, 2015). Em termos etimológicos, a palavra suicídio deriva da conjugação de *sui*, «de si» com *-cidĭu-*, de *caedĕre*, «matar», que significa: 1) ato ou efeito de suicidar-se; morte dada a si mesmo; 2) desgraça ou ruína causada a si próprio; 3) ato extremamente perigoso (Porto Editora, 2015).

A primeira definição de suicídio foi proposta, em 1897 por Émile Durkheim que o considerou “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado” (Durkheim, 1897/2001, p.143). O suicídio corresponde, normalmente, ao resultado final de um processo suicidário.

Este processo suicidário inclui um leque variado de situações, como é o caso da ideação suicida, os comportamentos autolesivos e os atos suicidas, nos quais se integram a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

A ideação suicida consiste em pensamentos e cognições que o indivíduo possui sobre terminar com a sua própria vida. Estas ideias são vistas como potenciadoras para a realização de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Estas cognições podem evoluir do desejo esporádico por este tipo de comportamentos para a elaboração de planos detalhados acerca da concretização dos mesmos (DGS, 2013).

Os comportamentos autolesivos correspondem àqueles em que o indivíduo provoca a si mesmo determinadas ações, sem a intervenção de outrem, que originam lesões ou mazelas, sendo que a morte não é o objetivo destes comportamentos, mas sim uma expressão emocional da dor psicológica que está a ser vivenciada. Contudo, é de ressaltar que, por vezes, estas ações podem fugir ao controlo da pessoa que os comete

resultando, assim, na sua própria morte (Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS], 2014).

Dentro do grupo dos atos suicidas insere-se a tentativa de suicídio, que é caracterizada por um comportamento dirigido pelo indivíduo e que possui como finalidade a sua morte, mas que por diversos fatores não é alcançada. Neste caso, em comparação com os comportamentos autolesivos, o que se destaca aqui é a intencionalidade de morrer com este ato, a qual não existia nos comportamentos autolesivos (SPS, 2014). A intencionalidade caracteriza-se como a determinação para atuar a fim de alcançar um objetivo, neste caso trata-se da própria morte. Esta componente é então fundamental nos estudos da temática da suicidologia pois permite diferenciar os casos em que foi realizada tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo (Peixoto & Azenha, 2006). Segundo Sampaio (2002), a intencionalidade face ao suicídio deve ser inferida através da maior ou menor rapidez do método utilizado para realizar tais comportamentos, bem como a sua reversibilidade, tendo em atenção a possibilidade de uma intervenção de ajuda (Santos & Neves, 2014).

Ainda inserido no grupo dos atos suicidas encontra-se o conceito de suicídio consumado, que diz respeito à morte provocada por uma ação realizada pelo indivíduo que tinha como finalidade esse mesmo desfecho (DGS, 2013).

A morte resultante do ato suicida existe desde sempre, embora com diferentes impactos, uma vez que há registo deste fenómeno nos diversos períodos da humanidade e nas diferentes civilizações e estruturas sociais (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [SPESM], 2009). A reflexão acerca dos comportamentos suicidas, bem como a sua representação e impacto na sociedade tem diferido ao longo dos séculos, nas diferentes épocas históricas, desde a Antiguidade Grega até aos dias de hoje, oscilando entre um comportamento punido pela sociedade a um comportamento aceitável, isto é, o indivíduo possuía a liberdade para decidir sobre a continuidade da sua vida (Peixoto & Azenha, 2006).

Ao longo das últimas décadas, o suicídio tornou-se numa problemática a nível mundial devido ao aumento significativo da sua ocorrência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2012 ocorreram em todo o mundo mais de 800 mil mortes causadas pelo suicídio, das quais 86% foram em indivíduos com idade inferior a 70 anos e, globalmente, é um fenómeno que prevalece mais nos homens (o

número correspondente é de 1.8 vezes mais) do que nas mulheres. Na Europa a taxa de suicídios está acima da média mundial, verificando-se 11.4 mortes por 100 mil habitantes, no ano de 2012, e seis países deste continente encontram-se nos vinte primeiros com as maiores taxas de suicídio a nível mundial. A nível europeu a maior taxa de casos de suicídio fazem referência aos jovens, homens de meia-idade e aos idosos. A maior preocupação reside no facto de o suicídio ser a segunda principal causa de morte, em muitos países da Europa, em indivíduos na faixa etária de 15-29 anos. Contudo, os países europeus têm sido proeminentes a desenvolver estratégias de prevenção do suicídio (World Health Organization [WHO], 2015; 2016; 2017).

Em Portugal, a taxa de mortalidade padronizada associada ao suicídio oscilou, desde 2010 a 2014, entre os valores 7/100.000 e 8/100.000, registando-se um maior aumento no último ano referido (DGS, 2016). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2014, ocorreram 1.223 suicídios, dos quais 80% foram em indivíduos do sexo masculino (925 do sexo masculino e 298 do sexo feminino) com uma idade média de 59.2 anos (59.3 para o sexo masculino e 58.9 para o sexo feminino), verificando-se em relação ao ano anterior um aumento de 16.1% de ocorrências (INE, 2016).

Num estudo sobre a saúde dos adolescentes portugueses, relativamente à temática da violência, mais especificamente aos comportamentos autolesivos, a maioria dos adolescentes (79.7%) refere nunca se ter magoado a si próprio, seguindo-se aqueles que já o fizeram uma vez (8.8%) e aqueles que se magoaram quatro vezes ou mais (4.8%), sendo este último comportamento mais frequente em raparigas (6.6%) do que em rapazes (2.8%). Este relatório revela também que são os jovens mais novos (8º ano) a adotarem comportamentos autolesivos (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2015).

Os comportamentos autolesivos em adolescentes são um fenómeno de grande importância, pois estão associados muitas vezes a doenças psiquiátricas mas, sobretudo, a uma maior probabilidade de realizar um comportamento suicida no futuro em idade adulta (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Como se pode constatar, o suicídio é um fenómeno que ocorre a nível mundial e que pode ocorrer em qualquer faixa etária. Apesar de maioritariamente as taxas de

suicídio incidirem em indivíduos mais velhos, este comportamento tem vindo a ser considerado como a principal causa de morte em jovens, nalguns países (WHO, 2016).

O termo *jovens-adultos* é comumente utilizado para aludir os indivíduos que se encontram na faixa etária entre os 20 e 24 anos (Eisenstein, 2005). O suicídio causa 8.5% de todas as mortes mundialmente em indivíduos entre os 15 e os 29 anos de idade e é considerado como a segunda principal causa de morte nos mesmos, ficando a seguir aos acidentes de viação (WHO, 2016; 2017). De acordo com a *American College Health Association* (2011), aproximadamente 20% dos estudantes universitários consideram cometer suicídio e mais de 7% afirmaram já terem realizado tentativas de suicídio ao longo da sua vida (Bagge et al., 2014). Em Portugal, quanto à faixa etária dos 15-24 anos, registou-se em 2009, 6.7 suicídios, por 100 mil habitantes, no sexo masculino e 1.4 no sexo feminino (SPS, 2014).

Os casos de tentativas de suicídio nos jovens simbolizam, muitas vezes, a procura de alguém que os compreenda e de uma resposta diferente daquela que os direciona para o suicídio. Assim, considera-se que as tentativas de suicídio camuflam um apelo constante destes jovens, o que transmite uma mensagem paradoxal, na medida em que, de certa forma, o seu objetivo é pedir ajuda, mas ao mesmo tempo afastam a hipótese de serem ajudados, ao isolarem-se e orientarem o seu comportamento até à tentativa de suicídio (SPESM, 2009).

Vários fatores de risco atuam, frequentemente, de forma cumulativa para aumentar a vulnerabilidade do indivíduo para o comportamento suicida (WHO, 2014).

Um único fator de risco não deve ser tido em conta para determinar um comportamento suicida, mas sim um conjunto variado, inseridos no contexto específico do indivíduo e na sua história biográfica. Assim, os fatores de risco podem ainda ser categorizados em três grupos principais: os fatores predisponentes, que podem estar presentes aquando do nascimento do indivíduo e permitem identificar os grupos de risco (e.g. fatores genéticos); os fatores de curto tempo, que surgem durante a adolescência e possibilitam prever a probabilidade do ato suicida (e.g. perturbação mental) e os fatores precipitantes, que estão ligados a acontecimentos de vida ou possibilidade de acesso aos meios que permitem avaliar o risco imediato de suicídio (e.g. morte de uma pessoa significativa) (Santos & Neves, 2014).

Existem outras formas de categorizar os fatores de risco associados ao comportamento suicida, como por exemplo: fatores de risco psicopatológicos (e.g., comportamentos suicidários prévios, sintomatologia depressiva), individuais (e.g., ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45), psicológicos (e.g., ausência de projetos de vida) e sociais (e.g., estar desempregado) (SPS, 2006).

Indivíduos suicidas, frequentemente, reportam sentimentos de desesperança ou apresentam um discurso predominantemente pessimista, em relação ao seu futuro. O sentimento de desesperança quanto ao futuro pode desencadear no indivíduo a ideia de que suicidar-se é uma alternativa favorável, comparativamente a permanecer vivo (Chapman, Specht, & Cellucci, 2005).

O fator preditor mais significativo para um comportamento suicidário futuro é a existência de antecedentes de tentativas de suicídio prévias (Guerreiro, 2009). Para além disso, os comportamentos autolesivos funcionam como um contínuo temporal, que envolve uma sequência de fenómenos, como pensamentos sobre a morte, ideação suicida e tentativas de suicídio que podem resultar num suicídio consumado, representando então um valor preditivo na avaliação do risco (Sampaio, 2002).

Estima-se que 90% dos comportamentos suicidários ocorrem em contexto de doenças psiquiátricas (Guerreiro, 2009), na qual a depressão é a mais significativa (Guerreiro, 2009; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999).

O relatório do 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) revela que Portugal, juntamente com a Irlanda do Norte, possui a mais alta prevalência de doenças psiquiátricas na Europa (22.9% das pessoas entrevistadas para o estudo apresentavam uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anterior à data do mesmo), com destaque para as perturbações da ansiedade (16.5%) seguida das perturbações do humor (7.9%), sendo a perturbação depressiva major uma das mais prevalentes (6.8%). As perturbações depressivas apresentam um padrão de gravidade superior relativamente ao das restantes perturbações, apresentam, nomeadamente 11.7% de gravidade ligeira, 59% de moderada e 29.3% de grave. Relativamente à população mais jovem (18-34 anos) verificou-se que 50.1% apresentam pelo menos uma perturbação psiquiátrica (Almeida & Xavier, 2013).

1.2. Modelos Explicativos do Comportamento Suicida

Perante a complexidade e impacto deste fenómeno, vários autores têm procurado desenvolver modelos que expliquem o comportamento suicida de modo a haver uma maior compreensão sobre esta problemática.

Nos últimos 25 anos, foram criados diversos modelos explicativos do comportamento suicida (e.g., Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio de Rush e Beck, 1978; Modelo Clínico do Comportamento Suicida de Mann et al., 1999; Modelo Cognitivo da Conduta Suicida de Cruz, 2000, 2006; Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida de Wenzel e Beck, 2008), e que contribuíram para importantes desenvolvimentos na compreensão da etiologia e curso do comportamento suicida (O'Connor, 2011).

O Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978) sugere três conceitos específicos que explicam a estrutura psicológica da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva diz respeito a três padrões cognitivos que levam o indivíduo a ter uma visão negativa idiossincrática acerca de si mesmo, do mundo e do futuro (esta visão está ligada ao conceito de desesperança). O desejo suicida pode ser, então, entendido como uma expressão extrema da intenção do indivíduo em querer escapar a problemas que lhe parecem irresolúveis ou insuportáveis (Rush & Beck, 1978).

Os esquemas cognitivos são utilizados para explicar a tendência que o indivíduo deprimido tem em conectar-se a experiências dolorosas apesar de existir fatores positivos na sua vida. Estes esquemas constituem a base de diferenciação e codificação dos estímulos com que o indivíduo é confrontado (Rush & Beck, 1978).

Em relação às distorções cognitivas, incluem, por exemplo, a inferência arbitrária, a abstração seletiva, a hipergeneralização, a magnificação e a minimização e a personalização (Rush & Beck, 1978). Deste modo, pode-se inferir que a origem do comportamento suicida está ligada a representações e processos de pensamento distorcidos e desadaptados que foram adquiridos ao longo da vida do indivíduo (Rush & Beck, 1978).

No Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000; 2006), são propostos três fatores que vão contribuir para o comportamento suicida, nomeadamente os fatores de vulnerabilidade, os predisponentes e os precipitantes.

De acordo com o autor (Cruz, 2000; 2006), os fatores de vulnerabilidade (perfeccionismo, impulsividade, pessimismo, baixa capacidade de resolução de problemas) servem como suporte de crescimento e instalação da crise suicida. Têm um efeito moderador e são de carácter estável, influenciando as relações do indivíduo com as suas experiências de vida.

Quanto aos fatores predisponentes (baixa autoestima, rigidez cognitiva, pensamento dicotómico, estilo atributivo disfuncional, perspetiva distorcida do tempo pessoal), têm um efeito mediador entre os acontecimentos de vida do indivíduo e o comportamento suicida. Estes fatores tendem a distorcer o modo como as pessoas compreendem, sentem e interagem com as suas vivências, levando a uma maior consideração em cometer o suicídio.

Por último, os fatores precipitantes (dor psicológica insuportável, constrição cognitiva, ansiedade elevada, decisão de morrer) são aqueles que determinam o momento e a forma que assume o comportamento suicida. Os acontecimentos de vida traumáticos e a frustração de necessidades tidas como vitais em conjunto com os fatores suprarreferidos, aumentam a tendência para o indivíduo vir a ter um comportamento suicida (Cruz, 2000; 2006).

Do ponto de vista dos modelos teóricos e da investigação empírica (e.g., Garlow et al., 2008; Gutierrez, Rodriguez & Garcia, 2001; Wang, Jiang, Cheung, Sun, & Chan, 2015) tem-se observado um grande investimento na compreensão dos fatores que parecem contribuir para o suicídio e o comportamento relacionado a este fenómeno (fatores de risco), em detrimento daqueles fatores que podem impedir a concretização do suicídio ou que são significativos para o indivíduo e que evitam que este leve a cabo esse comportamento, nomeadamente, os fatores protetores do comportamento suicida.

Visto ser uma temática que ainda carece de suporte empírico é necessário realizar investigações neste âmbito, de modo a integrar os fatores protetores nas medidas de prevenção e nos programas de intervenção para os indivíduos que possuem este tipo de comportamento. Contudo, tem-se verificado alguns esforços para realizar investigações nesta área, sendo já conhecidos alguns estudos importantes para a compreensão dos

fatores protetores (Bagge et al., 2014; Cassaretto & Martínez, 2012; Gutierrez, Osman, Barrios, Kopper, Baker, & Haraburda, 2002; Lamis & Lester, 2012; Malone, Oquendo, Haas, Ellis, Li & Mann, 2000; Mize & Ellis, 2003; Wang, Nyutu, & Tran, 2012).

A compreensão dos fatores preditivos e precipitantes para o comportamento suicida e os comportamentos autolesivos, como também dos fatores de proteção, permitem elaborar e adequar os planos de intervenção, de modo a diminuir o sofrimento e desenvolver a ajuda necessária ao indivíduo, evitando a evolução para uma doença mental ou a morte (Santos & Neves, 2014).

1.3. Fatores de Risco

O termo “fatores de risco”, no âmbito da temática da suicidologia, é utilizado e aplicado para designar determinadas circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou características da personalidade que amplificam a probabilidade de uma pessoa vir a cometer uma tentativa de suicídio ou, de facto, consumir este comportamento (DGS, 2013).

A existência de um conjunto de fatores de risco leva a uma maior probabilidade de comportamentos autolesivos e suicidas, permitindo estimar o grau de risco para o indivíduo adotar esses comportamentos. Os traços de personalidade (como é o caso da hostilidade, dependência, perfeccionismo, rigidez e desamparo), a capacidade para lidar com a dor psicológica, as estratégias de resolução de problemas e as competências para utilizar os fatores internos e externos são fatores importantes para aumentar ou diminuir o risco de suicídio. A história familiar do indivíduo, nomeadamente casos de suicídio na família, violência, abuso físico ou sexual ou negligência familiar também podem ampliar a possibilidade de comportamentos suicidas. O isolamento social, acesso a meios letais ou acontecimentos de vida negativos são outros fatores que contribuem para o suicídio (DGS, 2013).

A depressão e a desesperança em relação ao futuro têm sido identificadas como fatores de risco psicológicos para a ideação e comportamento suicida (Lamis & Lester, 2012). Estes dois fatores são frequentemente visados nos programas de prevenção e tratamento para o comportamento suicida.

Num estudo sobre a repetição de tentativas de suicídio (Spirito, Valeri, Boergers, & Donaldson, 2003) verificou-se que a associação entre o funcionamento familiar e esse tipo de comportamentos tende a atenuar quando há um controlo da variável sintomatologia depressiva, ou seja, é o humor depressivo que apresenta uma associação mais forte com as tentativas de suicídio e a ideação suicida (Frazão, Santos, & Sampaio, 2014).

O nível de energia provocado pelos estados depressivos é uma componente preditiva do comportamento suicida, uma vez que durante a fase de remissão da depressão o risco relativamente ao suicídio aumenta, dado o aumento da energia no indivíduo que possibilita, então, esse comportamento. Já numa fase em que a sintomatologia depressiva piora e, consequentemente, o nível de energia diminui, é também um catalisador para o suicídio (SPS, 2014).

Num estudo com adolescentes, sobre os fatores de risco para a ideação suicida, relativamente à predição da ideação suicida, concluiu que os adolescentes que tinham um amigo que realizou uma tentativa de suicídio e/ou que manifestavam sintomatologia depressiva, desenvolveram ideação suicida mais facilmente em comparação com os outros (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

Outro estudo realizado (Wang et al., 2015) mostrou que a depressão severa tem um efeito mediador na relação entre a desesperança e a ideação suicida, isto é, a desesperança não é causa direta da ideação suicida, mas se os indivíduos, que apresentam desesperança, se encontram em estados depressivos, estão mais propensos a ter mais pensamentos relacionados com o suicídio.

Relativamente à desesperança, o mesmo estudo comparou os níveis de desesperança em indivíduos com ideação suicida e indivíduos sem ideação suicida e revelou que os primeiros apresentam níveis de desesperança superiores em relação ao outro grupo (Wang et al., 2015).

Um estudo com estudantes universitários evidenciou que os participantes que apresentavam níveis mais elevados de desesperança também têm uma maior predisposição para realizar comportamentos de risco, nomeadamente, em atividades ligadas à saúde, uma vez que podem refletir uma tendência mais patológica e autodestrutiva (Pompili et al., 2007).

Um estudo de Eisenberg, Ackard e Resnick (2007) explica a diferença entre alguns resultados discrepantes, que abordam a relação entre a existência de episódios abusivos e tentativas de suicídio, explicando que esta diferença se deve à influência de variáveis mediadoras, como é o caso da presença ou ausência de fatores protetores, que podem contribuir para a diminuição ou aumento do risco de comportamentos suicidas (Frazão et al., 2014). Assim, verifica-se que os comportamentos ligados ao suicídio podem ser minimizados ou prevenidos pela existência de fatores protetores na vida do indivíduo.

1.4. Fatores de Proteção

A grande maioria dos estudos sobre a temática do suicídio foca-se no estudo dos fatores de risco que predis põem para a realização de comportamentos suicidas, por conseguinte poucas investigações se têm concentrado nos recursos adaptativos em pessoas não-suicidas (Mize & Ellis, 2003), como foi referido anteriormente. Deste modo, uma maior centralização nos estudos sobre os fatores de risco não é suficiente para uma prevenção e compreensão completa acerca do risco de suicídio, por isso é necessário o estudo dos fatores de risco e de proteção em simultâneo (Osman et al., 1998).

Os fatores de proteção dizem respeito a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais, que, quando se encontram presentes e/ou reforçadas, associam-se à prevenção do suicídio e dos comportamentos autolesivos (Santos & Neves, 2014). Estes fatores incluem os seguintes: fatores familiares, como é o caso de cuidados parentais, união familiar, suporte emocional e partilha de interesses; fatores individuais, nomeadamente, competências para a resolução de problemas, valorização pessoal, abertura a novas experiências, objetivos de vida e ausência de consumo de substâncias e fatores sociais, por exemplo, pertencer a um grupo desportivo, ter um ciclo de amigos e valores culturais e religiosos (DGS, 2013; Santos & Neves, 2014).

Um dos principais fatores protetores para os pensamentos e comportamentos suicidas diz respeito às crenças que o indivíduo possui, que prefere viver do que cometer o suicídio aquando de situações adversas (Cassaretto & Martínez, 2012), ou seja, às razões para viver.

As razões para viver podem ser definidas como razões para não adotar comportamentos suicidas, apesar de existirem pensamentos e ideações suicidas (Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983).

Indivíduos que apresentam fraca esperança relativamente ao futuro e/ou têm sintomatologia depressiva, podem ter dificuldade em identificar, enumerar, ou conectar as suas razões para viver, o que resulta em ideações suicidas e/ou no aumento da probabilidade de uma tentativa de suicídio futura (Gutierrez et al., 2002). Assim, as investigações indicam que o aumento dos sintomas depressivos e da desesperança estão associados a fracas razões para viver (Malone et al., 2000).

Outro grande fator identificado como protetor de comportamentos ligados ao suicídio ou de comportamentos autolesivos é a sensação de pertença, nomeadamente, em possuir uma forte ligação a um grupo, que pode ser a família ou o grupo de pares (Santos & Neves, 2014).

De acordo com os estudos de Linehan e colaboradores (1983), as crenças e as expetativas relacionadas com a vida podem atenuar as intenções de cometer o suicídio. Indivíduos que apresentam fortes razões para viver são mais propensos a resistir ao stress, à desesperança, à ideação suicida ou a cometerem o suicídio. Pelo contrário, indivíduos que não têm crenças positivas ou expetativas elevadas para a vida, ou seja, apresentam poucas razões para viver, são mais propensos a ter comportamentos suicidas (Cassaretto & Martínez, 2012).

Deste modo, pode-se inferir que as razões para viver protegem contra pensamentos e comportamentos suicidas (Chapman et al., 2005; Dean & Range, 1999; Gutierrez et al., 2002; Mann et al., 1999).

1.5. Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA)

Como foi referido anteriormente, o facto de a maioria das investigações se centrar nos fatores de risco levou a que também a maioria dos instrumentos psicométricos fossem desenvolvidos sobre o risco do suicídio. Somente em 1983 é que foi concebido, por Linehan e os seus colaboradores (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983), o primeiro instrumento para avaliar fatores de proteção em relação ao suicídio, na população adulta, nomeadamente o *Reasons for Living Inventory (RFL)*.

O RFL permitiu diferenciar, com base no seu sistema de crenças, indivíduos suicidas dos não-suicidas. Esta escala apresenta, no total, 48 itens que fazem referência a seis subescalas válidas e confiáveis: crenças de sobrevivência e *coping*, responsabilidade da família, preocupações relacionadas com crianças, medo do suicídio, medo da desaprovação social e objeções morais (Linehan et al., 1983).

Entretanto foi adaptada uma escala do RFL própria para estudantes universitários, a *College Student Reasons for Living Inventory* (CS-RFL; Westefeld, Cardin, & Deaton, 1992), com 46 itens e que é bastante similar à RFL original, exceto pelo fator específico de preocupações relacionadas a estudantes, aumentando a importância colocada nos amigos, juntamente com a família, sem considerar o fator de preocupações relacionadas com crianças. Contudo, esta versão do RFL apresenta duas limitações. Primeiro, a sobreposição da CS-RFL com o RFL não permite explorar outras dimensões dos fatores protetores que possam ser excepcionalmente importantes para os estudantes universitários. A outra limitação refere-se à longa extensão da escala, tornando-se uma má opção para incluir numa investigação com outras escalas (Gutierrez et al., 2002).

Posto isto, de forma a possibilitar uma ferramenta de aplicação mais breve e prática, introduzindo novas dimensões dos constructos protetores, e que tenha propriedades psicométricas melhores que a escala elaborada pelos autores referidos anteriormente, Gutierrez e os seus colaboradores criaram uma nova escala, a *Reasons for Living Inventory for Young Adults* (RFL-YA; Gutierrez et al., 2002).

O RFL-YA é um inventário constituído por 32 itens que avaliam as razões para viver (fatores protetores) em jovens-adultos, entre os 17 e os 30 anos de idade. A cada item pode ser atribuída a seguinte cotação: 1 (*Nada importante*), 2 (*Muito pouco importante*), 3 (*Pouco importante*), 4 (*Algo importante*), 5 (*Muito importante*) e 6 (*Extremamente importante*). Este instrumento apresenta 5 fatores: (a) relações familiares; (b) relações com os pares; (c) crenças de sobrevivência e coping; (d) expectativas em relação ao futuro e (e) autoavaliação positiva. De acordo com o estudo original, o instrumento apresenta uma boa consistência interna, sendo o alfa de Cronbach .96, para a escala total. A validade concorrente mostrou resultados igualmente satisfatórios, na medida em que o RFL-YA possui uma correlação significativa com medidas relacionadas ao risco de suicídio e com medidas de ideação suicida. Isto é, o RFL-YA apresenta uma relação negativa com a escala *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1982) e com a subescala dos itens negativos da escala *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory*

(PANSI-Negative; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios & Chiro, 1998) (Gutierrez et al., 2002).

O RFL-YA baseia-se na conceptualização cognitivo-comportamental de que os fatores de proteção medeiam a ideação e o comportamento suicida, nos jovens-adultos. Este instrumento é uma medida válida e confiável para a avaliação das razões adaptativas para viver em jovens-adultos (Gutierrez, et al., 2002).

O RFL-YA já foi utilizado em várias investigações (e.g., Bagge et al., 2014; Rieger, Peter & Roberts, 2015; Salami, Brooks & Lamis, 2015; Wang, Lightsey, Pietruszka, Uruk & Wells, 2007; Wang, Lightsey, Tran & Bonaparte, 2013) e adaptado para outra língua, como é o caso da versão peruana (estudo realizado com 368 estudantes universitários de Lima, Perú; Cassaretto & Martínez, 2012).

Recentemente foi elaborada uma nova versão deste instrumento, o *Reasons for Living Inventory for Young Adults – II* (RFL-YA-II), pelos autores Pirani, Acosta, Hoyos, Gonzalez e Osman (2016), desenvolvendo dois estudos com os seguintes objetivos: procurar potenciais razões para os jovens-adultos não se suicidarem (dimensões do RFL-YA-II, estudo 1) e determinar se existem diferenças de género no que se refere às razões escolhidas para não efetuar um comportamento suicida (estudo 2).

No estudo 1 procedeu-se à análise das características psicométricas da nova versão do instrumento. Através da análise fatorial exploratória (AFE) verifica-se que a escala apresenta um modelo de quatro fatores: Aceitação e suporte dos pares (ASP), Força pessoal percebida (FPP), Recursos familiares de suporte (RFS) e Suporte relacionado com a fé (SRF). A relação entre os fatores do RFL-YA-II é baixa a moderada, o que suporta o facto de que o instrumento é composto por múltiplos fatores (multidimensional) (Pirani et al., 2016).

Na análise fatorial confirmatória (AFC) foram testados dois modelos, um com apenas um fator e outro composto pelos quatro fatores. Os resultados mostraram que, no modelo com um fator, o valor do Índice Tucker-Lewis (TLI) não é satisfatório (.38), contudo no modelo com quatro fatores este valor é satisfatório (.93); o valor do Índice de ajustamento comparativo (CFI) no modelo de um fator não foi sofrível (.42) em contrapartida com o resultado no modelo de quatro fatores (.94). Em simultâneo, o valor da raiz da média quadrática do erro de aproximação (RMSEA) foi inadequado para o modelo de um fator (.18) e ajustável para o modelo de quatro fatores (.07). Os resultados

obtidos na Modelagem Exploratória de Equações Estruturais (ESEM) foram mais favoráveis no modelo de quatro fatores do que no modelo de um fator. Perante estes resultados foi possível concluir que o modelo de quatro fatores detém um melhor ajustamento em relação ao modelo de um fator (Pirani et al., 2016).

O alfa de Cronbach (tanto no estudo 1 como no estudo 2) apresenta valores superiores ou iguais a .93, para as diferentes subescalas, sugerindo uma boa consistência interna do instrumento. Os resultados obtidos no estudo 2 mostraram valores satisfatórios na validade convergente ($\geq .40$), indicando que cada item se associa fortemente ao fator respetivo e que cada fator se diferencia dos restantes, ou seja, o fator ASP apresenta uma relação com a amizade (.44); o fator FPP está associado com a resiliência (.42), com a existência de um propósito de vida (.44) e baixa necessidade dos outros (-.41); o fator RFS relaciona-se com o suporte da família (.44) e, por fim, o fator SRF está fortemente ligado ao suporte mediado por Deus (.80) e com a fé na generalidade (.82) (Pirani et al., 2016).

Através da validade discriminante conclui-se que os diferentes fatores do RFL-YA-II não apresentam fortes associações com procura de respostas sobre o sentido da vida, ruminações suicidas, expressão desadaptada, stresse reativo e expressão adaptativa (Pirani et al., 2016).

Relativamente a diferenças entre grupos (sexo), foram encontradas diferenças significativas, sendo que o sexo feminino obteve pontuações mais altas nas subescalas ASP, FPP e SRF do que o sexo masculino (Pirani et al., 2016).

Na presente investigação pretende-se analisar a relação entre fatores de risco e de proteção, para tal é necessário avaliar as razões para viver, dado que são um dos principais fatores de proteção. O RFL-YA-II reúne as características adequadas para avaliar as razões para viver, contudo, não está adaptado para a população portuguesa, pelo que será necessário realizar um primeiro estudo sobre as características psicométricas do RFL-YA-II em jovens-adultos portugueses. Além disso, pretende-se avaliar o papel mediador das razões para viver na relação entre a desesperança, a sintomatologia depressiva e a ideação suicida, nessa mesma amostra.

2. Objetivos

O presente estudo apresenta dois objetivos gerais: (a) estudar as características psicométricas do RFL-YA-II numa amostra de jovens-adultos da população portuguesa e (b) estudar os fatores preditores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e protetores (razões para viver) da ideação suicida. Assim, tendo em conta estes objetivos, serão desenvolvidos dois estudos, nomeadamente, (1) Estudo 1: Características Psicométricas do Inventário das Razões para Viver em Jovens-Adultos – Versão II (RFL-YA-II) e (2) Estudo 2: Relação entre Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Ideação Suicida mediada pelas Razões para Viver.

Quanto aos objetivos específicos, os do primeiro estudo consistem em: (a) analisar as características psicométricas (estrutura interna, fiabilidade e validade) da versão portuguesa do RFL-YA-II numa amostra de jovens-adultos.

No segundo estudo os objetivos específicos referem-se a: (b) estudar os níveis de ideação suicida numa amostra de jovens-adultos, em função das características sociodemográficas, da história pessoal e da história clínica; (c) averiguar a relação entre os fatores de risco psicológicos (sintomatologia depressiva, desesperança) e os fatores protetores (razões para viver) da ideação suicida nos jovens-adultos e (d) verificar se as razões para viver mediam a relação entre os fatores de risco (sintomatologia depressiva, desesperança) e a ideação suicida.

3. Metodologia

3.1. Participantes

A amostra é formada por 936 participantes (utilizada em ambos os estudos), 220 do sexo masculino (23.5%) e 716 do sexo feminino (76.5%), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 21.77$; $DP = 2.88$), sendo que a maioria reside na zona Centro (44.7%), seguindo-se a zona Sul (33.5%) e a zona Norte (18.7%). Quanto às ilhas, 19 participantes (2.0%) residem na Madeira e 10 (1.1%) nos Açores. Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa. Na sua maioria, os participantes são solteiros (95.0%), 4.8% apresentam como estado civil “casado/unido de facto” e 0.2% são divorciados. Em relação às habilitações literárias, 448 participantes apresentam o Ensino Secundário, 364 a Licenciatura, 109 o Mestrado, 3 o Doutoramento, 3 o Ensino Básico e 9 selecionaram a opção “Outras”. Assim, a maioria dos participantes (88.1%)

são estudantes universitários, dos quais 100 são trabalhadores-estudantes, 723 são apenas estudantes e 2 abstiveram-se de resposta, sendo que os restantes (11.9%) não são estudantes universitários. No que concerne à frequência da participação em atividades religiosas, 333 afirmam que “Raramente”, 328 referem que “Nunca”, 141 assinalam que “Algumas vezes”, 74 responderam que “Muito frequentemente” e 60 que “Frequentemente”. Em relação ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a opção selecionada por mais participantes foi “Raramente” (44.4%), seguindo-se a classificação de “Algumas vezes” (26.5%), “Nunca” (24.3%), “Frequentemente” (4.6%) e “Muito frequentemente” (0.2%). Na questão relativa ao consumo de substâncias ilícitas, “Nunca” foi a classificação com maior número de respostas (79.7%), surgindo de seguida “Raramente” (14.4%), “Algumas vezes” (3.4%), “Frequentemente” (1.8%) e “Muito frequentemente” (0.6%).

Quanto ao historial clínico, 118 participantes (12.6%) já foram diagnosticados com algum tipo de perturbação psicológica, destacando-se as Perturbações Depressivas (59.3%) e as Perturbações da Ansiedade (33.9%). Relativamente à realização de comportamentos autolesivos, 145 participantes (15.5%) afirmam já ter efetuado este tipo de comportamento e 36 (3.8%) já efetuaram tentativas de suicídio, dos quais 7 concretizaram esse comportamento no último ano. No que diz respeito à história de comportamentos suicidários na família, 226 participantes (24.2%) afirmam já ter ocorrido algum caso de tentativa de suicídio ou suicídio consumado e 380 (40.6%) conhecem algum caso de tentativa de suicídio ou suicídio por parte de pessoas próximas de si (e.g., amigos, vizinhos).

A maioria dos participantes (90.2%) nunca precisou de ajuda psicológica por se sentirem de tal forma desesperado que desejasse não estar vivo. Ao serem questionados se já solicitaram ajuda psicológica por se sentirem deprimidos ou sem razões para viver, alguns participantes (23.6%) afirmam que já pediram ajuda, 19.8% nunca pediram, mas admitem já terem estado nessa situação e 56.6% nunca pediram porque nunca precisaram.

No primeiro estudo, a amostra total foi dividida em dois grupos, para realizar a análise da estrutura interna do RFL-YA-II. Esta divisão foi efetuada de modo aleatório, sendo que se selecionou 200 participantes para a análise fatorial exploratória (AFE) e 736 para a análise fatorial confirmatória (AFC). A divisão da amostra cumpre o critério proposto ($N \geq 200$) para a realização da análise fatorial exploratória (Moreira, 2004). Deste modo, a amostra utilizada para a AFE é composta por 61 indivíduos do sexo

masculino (30.5%) e por 139 do sexo feminino (69.5%), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 22.68$; $DP = 2.80$). A amostra usada para a AFC é constituída por 159 participantes do sexo masculino (21.6%) e por 577 participantes do sexo feminino (78.4%), apresentando a mesma faixa etária referida anteriormente ($M = 21.52$; $DP = 2.86$).

Ainda no primeiro estudo, a amostra utilizada para avaliar a fiabilidade do instrumento, através do método teste-reteste, foi composta por 350 participantes, dos quais 74 do sexo masculino (21.1%) e 276 do sexo feminino (78.9%), que correspondem aproximadamente a 37% da amostra total. A faixa etária dos participantes oscila entre os 18 e os 30 anos ($M = 22.11$; $DP = 3.01$). Estes participantes responderam novamente ao RFL-YA-II, num intervalo de tempo que variou entre as 3 a 4 semanas após o primeiro momento de resposta. Foram aplicados os mesmos critérios de seleção a que a primeira amostra foi submetida.

3.2. Tipo de Amostragem

O tipo de amostragem utilizada no presente estudo é não-probabilística ou não-aleatória por conveniência, isto é, o tipo de amostra utilizada no presente estudo foi obtida com recurso a meios de comunicação (e.g., e-mail, redes sociais, fóruns de psicologia, etc.) onde os critérios de seleção, nomeadamente a faixa etária, seriam de maior facilidade (Marôco, 2010).

3.3. Instrumentos

Com base nos objetivos explicitados anteriormente, foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação para cada estudo, no estudo 1 foram utilizados os seguintes: o RFL-YA-II (versão traduzida para a população portuguesa); o Questionário de Ideação Suicida (SIQ); a Escala de Desesperança de Beck (BHS); a Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS); o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e um Questionário Sociodemográfico, que inclui questões acerca: (a) dados pessoais (idade, sexo, habilitações literárias, etc.); (b) frequência em práticas religiosas, consumo de álcool e substâncias ilícitas; (c) história de perturbações psicológicas; (d) história de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio; (e) história de tentativas de suicídio

na família ou em pessoas próximas e (f) pedidos de ajuda psicológica. Para o estudo 2 recorreu-se aos mesmos instrumentos anteriormente referidos, exceto ao PANAS.

3.3.1. *Questionário de Ideação Suicida (SIQ)*

O Questionário de Ideação Suicida originalmente criado por Reynolds (1991) foi adaptado para a população portuguesa pelos autores Ferreira e Castela (1999).

O SIQ tem como principal função avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes e adultos (Reynolds, 1991; Ferreira & Castela, 1999). O questionário apresenta um conjunto de 30 itens, em que a cada item pode ser atribuído a seguinte cotação: 0 (*Nunca tive este pensamento*); 1 (*Pensei nisto, mas não no último mês*); 2 (*Cerca de uma vez por mês*); 3 (*Duas vezes por mês*); 4 (*Cerca de uma vez por semana*); 5 (*Duas vezes por semana*) e 6 (*Quase todos os dias*). As cotações atribuídas a cada item são somadas, originando uma pontuação final que pode variar entre 0 e 180 pontos. Quanto mais elevada for essa pontuação, maior é a frequência das cognições suicidas.

No que diz respeito à fiabilidade da versão portuguesa, foram realizados dois estudos para avaliar a consistência interna do instrumento (através do alfa do coeficiente alfa de Cronbach) e para a medição da estabilidade temporal dos resultados (utilizando o método do teste-reteste). Os resultados quanto à consistência interna revelaram um coeficiente alfa de Cronbach no valor de .96 e em relação à estabilidade temporal o coeficiente de correlação entre as duas aplicações foi de .76.

Em relação à validade do instrumento foram realizados estudos para avaliar a validade convergente e divergente, através de correlações com outros instrumentos: o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Estes estudos mostraram uma correlação positiva e significativa do SIQ com o Inventário de Depressão de Beck (.59, $p < .001$) e uma correlação negativa e significativa com a Escala de Autoestima de Rosenberg (-.45, $p < .001$). Quanto à validade de constructo, determinada através da análise fatorial, permitiu identificar três fatores que explicaram 55.7% da variância total.

O SIQ é considerado como boa opção de utilização, uma vez que apresenta características psicométricas satisfatórias e a sua administração é prática e rápida (Ferreira

& Castela, 1999). Este instrumento possui um alfa de Cronbach de .97, no presente estudo.

3.3.2. *Escala de Desesperança de Beck (BHS)*

A Escala de Desesperança é um instrumento que foi adaptado para a população portuguesa por Cruz (2000), sendo os autores da versão original Beck, Weissman, Lester e Trexler (1974). Esta escala é composta por 20 itens (onze que correspondem à desesperança e nove que fazem referência à esperança) que avaliam a desesperança ou atitudes negativas sobre eventos relacionados com o futuro e cada item é avaliado como verdadeiro ou falso. Para se obter a pontuação final é necessário inverter os itens referentes à desesperança e fazendo o somatório total o resultado pode oscilar entre 0 e 20. As pontuações finais elevadas estão associadas a atitudes mais negativas em relação ao futuro (Beck et al., 1974).

No estudo de Beck e colaboradores (1974) obteve-se uma boa consistência interna da escala original, resultando um coeficiente alfa (KR-20) de .93. Em relação à validade concorrente e de constructo foram obtidos resultados positivos.

A escala adaptada para a população portuguesa apresenta características psicométricas satisfatórias, apresentando uma boa consistência interna com um coeficiente alfa (KR-20) de .90 (Cruz, 2000). No presente estudo, a BHS apresenta um valor de coeficiente alfa (KR-20) de .81.

3.3.3. *Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)*

A PANAS foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e adaptada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005). Consiste numa escala com duas medidas de 10 itens, que foi desenvolvida para avaliar os afetos positivos e negativos, na população clínica e não-clínica. Cada item pode ser classificado de 1 (*Nada ou muito ligeiramente*) a 5 (*Extremamente*). A pontuação final é obtida através da soma dos itens de cada afeto (positivo e negativo) e subtraindo o valor dos afetos positivos pelo dos afetos negativos. Os itens fazem referência aos afetos que a pessoa sentiu durante a última semana, incluindo o próprio dia de administração do instrumento.

Ao nível da consistência interna, a versão portuguesa apresenta um alfa de Cronbach para a escala de afeto positivo de .86 e para a escala de afeto negativo .89. O PANAS adaptado para a população portuguesa apresenta propriedades compatíveis com as da escala original, pelo que pode ser utilizada como um instrumento breve para avaliar os afetos positivos e negativos (Galinha & Ribeiro, 2005). O valor do alfa de Cronbach do PANAS neste estudo foi .75.

3.3.4. Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)

O BDI-II foi desenvolvido por Beck, Steer e Brown (1996) e a versão portuguesa por Campos e Gonçalves (2011). Trata-se de um inventário composto por 21 itens que avaliam a severidade dos sintomas depressivos. Cada item é pontuado de 0 a 3 para avaliar o nível de gravidade dos sintomas depressivos nas últimas duas semanas. As pontuações obtidas em cada item são somadas, originando uma pontuação final. Quanto mais alta for essa pontuação maior é a gravidade dos sintomas (Beck et al., 1996). Num estudo sobre as características psicométricas do instrumento com estudantes universitários, verificou-se que este apresenta uma boa consistência interna, com o coeficiente de alfa no valor de .89, apesar de ser um resultado inferior ao do estudo original (.93) (Whisman, Perez & Ramel, 2000).

A versão portuguesa do BDI-II possui uma boa consistência interna, uma estrutura fatorial idêntica à do estudo original (Beck et al., 1996) e uma adequada validade convergente. Também a análise confirmatória teve resultados satisfatórios, indicando a existência de dois fatores: cognitivo-afetivo e somático (Campos & Gonçalves, 2011). Neste estudo, o BDI-II obteve um coeficiente alfa de Cronbach de .94.

3.3.5. Reasons for Living Inventory for Young Adults II (RFL-YA-II)

O RFL-YA-II é uma versão recente do RFL-YA (Gutierrez et al., 2002) criada por Pirani, Acosta, Hoyos, Gonzalez e Osman (2016). Este instrumento é composto por 28 itens e apresenta quatro subescalas que se diferenciam entre si: (1) Suporte relacionado com a fé (SRF); (2) Recursos familiares de suporte (RFS); (3) Força pessoal percebida (FPP) e (4) Aceitação e suporte dos pares (ASP). A escala de resposta para cada item é a seguinte: 1 (*Nada importante*), 2 (*Muito pouco importante*), 3 (*Pouco importante*), 4 (*Algo importante*), 5 (*Muito importante*) e 6 (*Extremamente importante*).

Os resultados obtidos no estudo original¹ indicam que o RFL-YA-II apresenta as características necessárias para ser utilizado em investigações empíricas.

Este instrumento não está adaptado para a população portuguesa, pelo que será realizado o estudo 1 acerca das suas características psicométricas, numa amostra de jovens-adultos.

3.4. Procedimentos

3.4.1. Procedimento de Recolha de Dados

Primeiramente foi elaborado um pedido de autorização ao autor do instrumento original RFL-YA (Gutierrez et al., 2002), Professor Doutor Peter Gutierrez, para utilizar e estudar as suas características psicométricas no presente estudo (ANEXO A). O autor autorizou e informou que desenvolveram recentemente uma versão mais atualizada do instrumento, a qual nos cedeu recomendando o seu uso (ANEXO B).

Após a aceitação do pedido, iniciou-se o procedimento de tradução e retroversão, de acordo com as indicações de Hill e Hill (2012), do instrumento original da língua materna (inglesa) para a língua portuguesa, com o auxílio de uma bilingue. De seguida, prosseguiu-se à retroversão da versão portuguesa através do método referido anteriormente, em cooperação com uma outra pessoa também bilingue. Para finalizar esta etapa, uma psicóloga bilingue comparou a versão resultante do processo de retroversão com a original, propondo pequenas alterações na versão portuguesa. Todos os instrumentos, juntamente com o consentimento informado, foram compilados para serem aplicados em formato online através do Google Docs.

Procedeu-se, de seguida, ao envio de pedidos de colaboração a diversas instituições de ensino superior do país, por serem instituições com elevado número de jovens-adultos, nomeadamente Universidade do Algarve, Universidade de Aveiro, Universidade de Évora, Universidade de Lisboa, Universidade da Madeira, Universidade do Porto, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Santarém, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Neste sentido, foram contactados os Diretores/Presidentes das Faculdades/Escolas que integram cada

¹ Descritos na Introdução do presente estudo.

Universidade ou Instituto Politécnico, de forma a solicitar o reencaminhamento dos questionários, em formato online, para os respetivos alunos (ANEXO C)². As Universidades e Institutos Politécnicos foram selecionados de modo a obter uma população mais representativa, isto é, proveniente das diferentes regiões do país: sul, centro, norte e ilhas.

Também foi divulgado o pedido de participação na investigação, através das redes sociais, de modo a recolher uma população jovem-adulta heterogénea, mais representativa da população, e que não fosse exclusivamente formada por estudantes universitários.

Finalizada a aplicação do questionário era explicado aos participantes que se pretendia que respondessem novamente a apenas um dos instrumentos, o RFL-YA-II. Caso estivessem disponíveis para participar, deveriam deixar um endereço eletrónico para voltarem a ser contactados, juntamente com um código de quatro algarismos, que permitisse um emparelhamento entre a primeira e a segunda aplicação dos instrumentos.

Num segundo momento, 3 semanas após o primeiro momento de aplicação do questionário, os participantes foram contactados via e-mail para preencherem novamente o RFL-YA-II. Assim, o período de resposta na segunda fase decorreu entre 3 a 4 semanas depois da primeira fase.

Optou-se por realizar a recolha de dados em formato online, devido a uma possível maior adesão e participação na investigação, uma vez que pode ser efetuada quando a pessoa assim o desejar e num local mais pessoal.

Os participantes na investigação foram então recrutados aleatoriamente, através da solicitação da sua participação de forma voluntária. O critério de inclusão foi a idade do participante, que se devia integrar na faixa etária dos 18 aos 30 anos e a nacionalidade portuguesa.

Obteve-se 1007 participantes, que responderam ao questionário online, no entanto foram excluídos 59 participantes por não cumprirem o critério da faixa etária e 12 por não serem de nacionalidade portuguesa, resultando assim numa amostra final de 936 participantes. Na segunda fase de resposta, 378 participantes responderam novamente ao

² A Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto recusou o pedido para a aplicação dos instrumentos na sua instituição.

RFL-YA-II, embora tenham sido eliminados 15 participantes por não pertencerem à faixa etária e 13 devido à nacionalidade, resultando num total de 350 participantes.

O processo da recolha de dados decorreu entre janeiro e julho de 2016.

3.4.2. Procedimento de Tratamento de Dados

Relativamente ao procedimento de tratamento de dados, grande parte dos dados em ambos os estudos (1 e 2) foram trabalhados através de análises estatísticas com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 22.0) para *Windows*. No estudo 1, recorreu-se também ao *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 21.0) para efetuar a análise fatorial confirmatória do RFL-YA-II.

No estudo 1, o primeiro procedimento estatístico realizado consistiu no estudo das propriedades psicométricas dos itens e respetivas subescalas do instrumento, analisando as seguintes medidas: tendência central (média); dispersão (desvios-padrão e amplitude); distribuição (assimetria e curtose) e precisão (consistência interna calculada com recurso ao alfa de Cronbach). Ainda neste âmbito também foram analisados o coeficiente de correlação item-total corrigido e o valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

De seguida, foi efetuada a análise fatorial exploratória ($N = 200$) através do seguinte procedimento: foi selecionado o método da verossimilhança máxima e a rotação oblíqua (replicando o mesmo método utilizado no estudo original, Pirani et al., 2016); mantiveram-se os fatores com valor próprio superior à unidade e os itens com “pesos fatoriais” superiores a .4 no fator primário. A retenção dos fatores foi confirmada pelo gráfico do *scree plot* e pelo software *Monte Carlo Parallel Analysis*.

Em continuidade, realizou-se a análise fatorial confirmatória ($N = 736$) para avaliar a qualidade do ajustamento aos dados, com base nos seguintes índices: qui-quadrado (χ^2) e respetivos graus de liberdade (gl); Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root mean square error of approximation*, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, TLI); Raiz da média quadrática residual (*Standardized root mean square residual*, SRMR); Índice de bondade do ajustamento (*Goodness-of-fit index*, GIF); Índice de ajustamento comparativo (*Comparative fit index*, CFI); Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious normed fit index*, PNFI); Índice esperado de

validação cruzada (*Expected cross-validation index*, ECVI); Critério de informação de Akaike (*Akaike Information Criterion*, AIC) e o intervalo de confiança (*LL* e *UL*). Todos os dados cumpriram com os valores de referência, ou seja, o valor de χ^2/gl é]2;5] (apesar de não ser um valor ótimo é considerado sofrível), o de RMSEA é $< .05$, os de TLI, CFI e GFI são $> .9$ (Marôco, 2010). Também foram avaliados os coeficientes padronizados de saturação fatorial e os indicadores de fiabilidade (R^2).

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade do instrumento, através da análise da consistência interna, com recurso ao alfa de Cronbach, e da estabilidade temporal, através do método teste-reteste (coeficiente de correlação de Pearson e teste t de Student para amostras emparelhadas). De igual modo foram avaliadas as seguintes validades: convergente (índice da Variância extraída média, VEM); discriminante (índice da variância partilhada, r^2); concorrente (coeficiente de correlação de Pearson). Posteriormente foram examinadas diferenças entre grupos (sexo masculino e feminino) com recurso ao teste t de Student para amostras independentes. Neste âmbito procedeu-se ao cálculo do d de Cohen.

No estudo 2, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e da relação, através da análise correlacional, entre as variáveis psicológicas: ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança e razões para viver (escala total e subescalas). Este procedimento foi realizado para a amostra total ($N = 936$), para a amostra dos sujeitos que possuem história de comportamentos autolesivos ($N = 145$) e para a amostra que inclui apenas os indivíduos que apresentam história de tentativa de suicídio ($N = 36$).

Em seguida, verificou-se se existem diferenças em função do sexo, na amostra total, no que diz respeito às variáveis psicológicas, através do cálculo da média e desvio-padrão, como também o efeito de magnitude (através do d de Cohen) e o teste t de student para amostras independentes. Esta análise foi reproduzida diferenciando a amostra entre indivíduos com/sem história de comportamentos autolesivos e sujeitos com/sem história de tentativa de suicídio.

Posteriormente, foi analisado o papel preditor das variáveis psicológicas na ideação suicida ($N = 936$), isto é, o contributo dos fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e dos fatores protetores (razões para viver) na explicação da ideação suicida, com recurso à regressão linear simples e múltipla.

Por último, foram efetuadas análises de mediação através dos procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986), que são os seguintes: (1) averiguar se existe uma relação linear entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD), indicando se há ou não um efeito total da VI sobre a VD, através de uma regressão linear simples; (2) verificar se existe relação linear entre a VI e a variável mediadora (M), com recurso a uma regressão linear simples; (3) apurar se a M influencia a relação entre VI e VD, utilizando uma regressão múltipla; (4) testar a significância do efeito mediado, recorrendo ao *Teste de Sobel*; (5) confirmar se a mediação é total ou parcial, através da percentagem do efeito indireto face ao efeito total.

4. Resultados

Estudo 1

4.1. Estudo das Características Psicométricas do Inventário das Razões para Viver em Jovens-Adultos – Versão II (RFL-YA-II)

4.1.1. Análise Descritiva

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva dos itens do RFL-YA-II, com referência às medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão e amplitude) e de distribuição (assimetria e curtose) e os índices de validade interna dos itens (coeficiente de correlação item-total corrigido e valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado).

Tabela 1
Descrição Estatística dos Itens do RFL-YA-II

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>ritc</i>	<i>alfa s/ item</i>
1. A minha família dá-me o amor de que preciso.	5.25	1.02	-1.168	2.561	.642	.945
2. Acredito que os meus amigos apoiam-me adequadamente.	4.89	1.02	-1.005	1.100	.591	.946
3. Posso contar com a minha fé para obter orientação se alguma vez pensar em tentar cometer suicídio.	2.96	1.68	.292	-1.178	.605	.946
4. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo(a).	5.05	1.14	-1.286	1.372	.575	.946
5. Os meus amigos fazem sentir-me valioso(a) como pessoa.	4.78	1.05	-.835	.685	.573	.946
6. Sou feliz por ser a pessoa que sou.	5.11	1.11	-1.453	1.942	.629	.945

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>ritc</i>	<i>alfa s/ item</i>
7. Acredito que posso encontrar uma solução para os meus problemas devido à minha fé.	2.78	1.62	.419	-1.033	.630	.946
8. Tenho uma relação muito próxima com a minha família.	5.05	1.14	-1.329	1.504	.666	.945
9. Gosto de estar com a minha família.	5.10	1.08	-1.300	1.474	.637	.945
10. Tenho um grande respeito por mim mesmo(a).	5.09	1.09	-1.359	1.758	.609	.946
11. Preocupo-me muito comigo mesmo(a).	4.82	1.15	-.940	.605	.531	.946
12. Acredito que posso contar com os meus amigos quando tenho um problema.	4.84	1.10	-1.065	1.175	.615	.946
13. Acredito que os meus amigos me tratam de forma justa.	4.78	1.06	-.969	1.007	.512	.947
14. Estou bastante feliz comigo mesmo(a).	4.89	1.15	-1.153	1.100	.642	.945
15. Quando tenho um problema, posso contar com a minha família para me apoiar e aconselhar.	5.00	1.21	-1.409	1.607	.686	.945
16. Sinto-me positivo(a) comigo mesmo(a) na maior parte do tempo.	4.71	1.16	-.914	.535	.631	.945
17. Tenho amigos próximos que estão dispostos a ajudar-me em momentos de necessidade.	4.98	1.04	-1.232	1.730	.603	.946
18. Se algum dia sentir que não consigo lidar com uma situação, posso confiar na minha fé para me orientar.	2.80	1.61	.417	-.989	.650	.945
19. A minha família é calorosa e atenciosa, mesmo quando cometo erros.	4.72	1.20	-1.027	.781	.645	.945
20. Penso em mim como uma pessoa emocionalmente forte ou estável.	4.60	1.20	-.796	.312	.581	.946
21. Estou satisfeito(a) com os meus relacionamentos com os membros da minha família.	4.81	1.20	-1.176	1.208	.682	.945
22. Se alguma vez estiver oprimido(a) por coisas que faço de errado, eu sei que posso confiar na minha fé para me fortalecer e perdoar.	2.78	1.62	.443	-.976	.639	.945
23. Em momentos difíceis ou de sofrimento, tenho experimentado força interior (esperança, confiança) porque confio na minha fé.	3.07	1.68	.162	-1.253	.620	.946
24. Em momentos de incerteza, posso contar com os meus amigos.	4.78	1.06	-.906	.748	.624	.946
25. Se me sentir isolado(a) ou solitário(a), posso encontrar apoio emocional na minha fé.	2.79	1.62	.408	-1.052	.634	.946

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>ritc</i>	<i>alfa s/ item</i>
26. Estou satisfeito(a) com as relações que tenho com os meus amigos mais próximos.	4.99	1.01	-1.122	1.373	.582	.946
27. A minha família é uma fonte significativa de apoio emocional para mim.	4.91	1.31	-1.389	1.416	.653	.945
28. Se num evento de vida (e.g., doença) acontecer o pior, posso confiar na minha fé para ter força e esperança.	2.98	1.71	.270	-1.247	.633	.946

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *A* = Assimetria; *C* = Curtose; *ritc* = Coeficiente de correlação item-total corrigido; *alfa s/item* = Valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

O valor médio mínimo obtido foi de 2.78 (*DP* = 1.62) nos itens 7 e 22 e o valor médio máximo foi de 5.25 (*DP* = 1.02) no item 1, verificando-se uma grande discrepância entre os valores.

Todos os itens apresentam um desvio-padrão superior a 1, o que indica uma dispersão dos valores em relação à média. A amplitude de respostas aos itens mostrou uma variação entre o valor mínimo (1) e o valor máximo (6), o que significa que em todos os itens se obtiveram respostas nos extremos da escala.

Em relação às medidas de distribuição, a assimetria oscilou entre os valores -1.453 e .443, contudo, dado que nos itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 26 e 27 esse valor é inferior a zero, considera-se que, segundo Marôco (2011), nestes itens há uma assimetria à esquerda ou um enviesamento negativo, isto é, as respostas foram dadas, tendencialmente, nos valores mais elevados da escala de resposta de tipo *Likert*. No que respeita à curtose, os valores variaram entre -1.247 e 2.561, sendo que a maioria apresenta uma distribuição leptocúrtica, ou seja, a distribuição toma valores maiores do que zero (Marôco, 2011). O item 1 obteve um valor de quociente de curtose superior a 1.96 (*C* = 2.561), o que indica uma distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda para este item (Pestana & Gageiro, 2014).

Para uma distribuição ser considerada normal, de acordo com Mâroco (2011), tanto os valores de assimetria como o quociente de curtose devem ser próximos do zero, contudo estes valores podem ser considerados demasiado rigorosos. Outro autor (Kline, 2011) defende que apenas se a assimetria apresentar valores superiores a 3 e a curtose superiores a 10 se trata de uma distribuição inadequada. Assim, segundo a Tabela 1, apesar de alguns itens terem os valores dos coeficientes de distribuição superiores à

unidade, estes não são extremamente elevados, pelo que se pode concluir que a distribuição desta amostra é praticamente normal.

Quanto aos coeficientes de correlação item-total corrigidos, todos os itens possuem valores superiores a .5, representando valores satisfatórios, tal como o valor do alfa sem o item, revelando que o alfa de Cronbach manteria sempre um valor adequado.

4.1.2. Análise da Estrutura Interna

4.1.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A realização da AFE foi assegurada pelo teste de Esfericidade de Bartlett ($X^2_{(378)} = 5739.43, p = .000$) e pelo teste *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO) (.92), sendo este valor considerado como “ *muito bom* ” (Pestana & Gageiro, 2014). Nesta análise foi utilizada uma subamostra ($N = 200$) da amostra total, selecionada aleatoriamente.

Na Tabela 2 encontram-se os valores obtidos na AFE, que foi realizada através do método da verossimilhança máxima, com rotação oblíqua, utilizando-se os mesmos procedimentos que foram usados no estudo original da versão II do RFL-YA (Pirani et al., 2016).

Tabela 2
Análise Fatorial Exploratória do RFL-YA-II: Método da Verossimilhança Máxima, com Rotação Oblíqua

Itens	F1	F2	F3	F4	h ²
Fator 1 – Suporte relacionado com a fé					
7. Acredito que posso encontrar uma solução para os meus problemas devido à minha fé.	.954	.209	-.264	.194	.909
18. Se algum dia sentir que não consigo lidar com uma situação, posso confiar na minha fé para me orientar.	.945	.215	-.260	-.223	.894
25. Se me sentir isolado(a) ou solitário(a), posso encontrar apoio emocional na minha fé.	.940	.186	-.237	.170	.885
22. Se alguma vez estiver oprimido(a) por coisas que faço de errado, eu sei que posso confiar na minha fé para me fortalecer e perdoar.	.929	.188	-.238	.179	.863
3. Posso contar com a minha fé para obter orientação se alguma vez pensar em tentar cometer suicídio.	.926	.235	-.304	.207	.860
28. Se num evento de vida (e.g., doença) acontecer o pior, posso confiar na minha fé para ter força e esperança.	.897	.211	-.276	.181	.806

Itens	F1	F2	F3	F4	h ²
23. Em momentos difíceis ou de sofrimento, tenho experimentado força interior (esperança, confiança) porque confio na minha fé.	.866	.196	-.231	.227	.753
Fator 2 – Aceitação e suporte dos pares					
12. Acredito que posso contar com os meus amigos quando tenho um problema.	.213	.903	-.495	.608	.818
24. Em momentos de incerteza, posso contar com os meus amigos.	.232	.875	-.490	.486	.775
17. Tenho amigos próximos que estão dispostos a ajudar-me em momentos de necessidade.	.182	.858	-.425	.623	.749
26. Estou satisfeito(a) com as relações que tenho com os meus amigos mais próximos.	.145	.827	-.477	.562	.692
2. Acredito que os meus amigos apoiam-me adequadamente.	.163	.798	-.451	.482	.639
13. Acredito que os meus amigos me tratam de forma justa.	.131	.781	-.417	.563	.622
5. Os meus amigos fazem sentir-me valioso(a) como pessoa.	.216	.755	-.351	.454	.576
Fator 3 – Recursos familiares de suporte					
8. Tenho uma relação próxima com a minha família.	.229	.443	-.916	.316	.842
15. Quando tenho um problema, posso contar com a minha família para me apoiar e aconselhar.	.270	.467	-.878	.432	.782
27. A minha família é uma fonte significativa de apoio emocional para mim.	.264	.455	-.853	.359	.728
1. A minha família dá-me o amor de que preciso.	.228	.502	-.846	.330	.723
9. Gosto de estar com a minha família.	.223	.425	-.838	.254	.714
21. Estou satisfeito(a) com os meus relacionamentos com os membros da minha família.	.257	.491	-.810	.476	.685
19. A minha família é calorosa e atenciosa, mesmo quando cometo erros.	.243	.434	-.805	.360	.650
Fator 4 – Força pessoal percebida					
14. Estou bastante feliz comigo mesmo(a).	.227	.527	-.321	.881	.781
6. Sou feliz por ser a pessoa que sou.	.168	.547	-.365	.865	.750
16. Sinto-me positivo(a) comigo mesmo(a) na maior parte do tempo.	.162	.530	-.341	.836	.700
4. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo(a).	.123	.486	-.275	.811	.662
10. Tenho um grande respeito por mim mesmo(a).	.159	.518	-.399	.692	.501
20. Penso em mim como uma pessoa emocionalmente forte ou estável.	.223	.488	-.319	.673	.466
11. Preocupo-me muito comigo mesmo(a).	.206	.479	-.349	.625	.411
Valor Próprio (<i>eigenvalues</i>)	11.36	5.18	3.01	1.77	

Itens	F1	F2	F3	F4	h ²
Variância Explicada (%)	40.59	18.49	10.76	6.32	
Variância Explicada Total (%)	76.16				

Nota. Os itens apresentam-se distribuídos por fatores e, em cada um deles, estão ordenados em função do valor fatorial obtido; $N = 200$; h^2 = Comunalidades.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, verifica-se a existência de quatro fatores, com valores próprios superiores à unidade e que em conjunto explicam

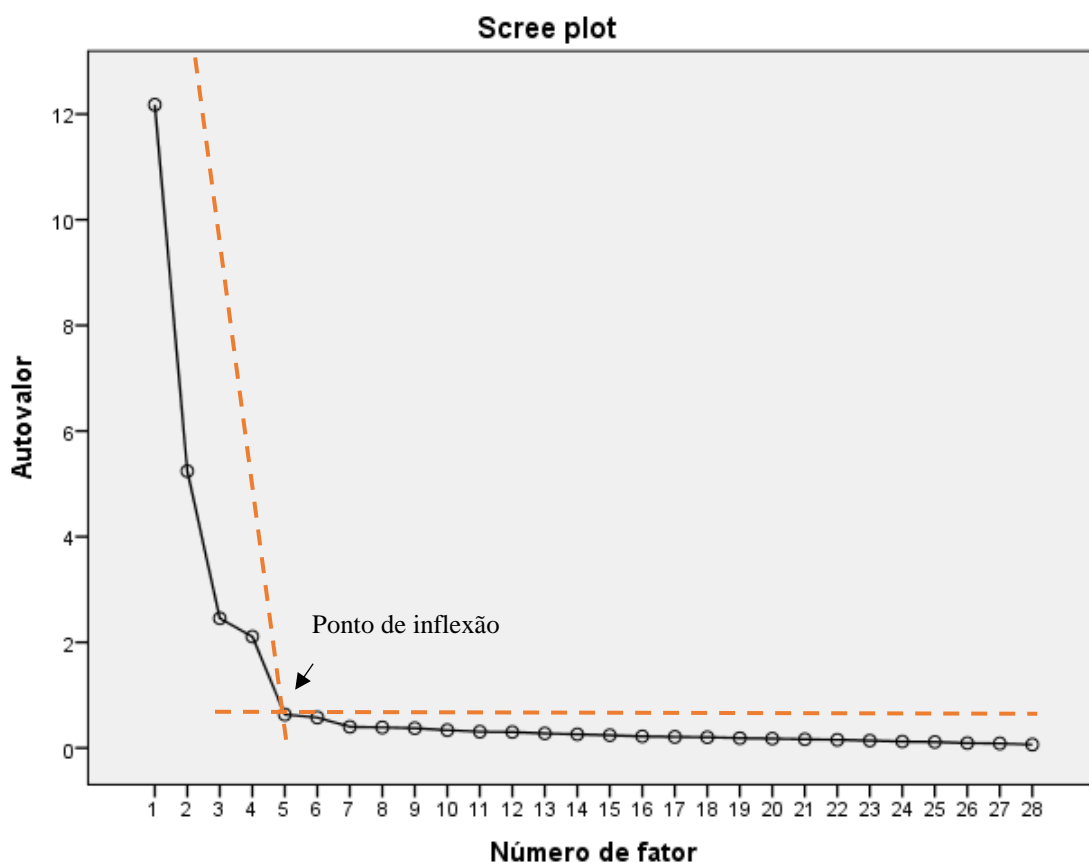


Figura 1- Scree Plot da retenção dos Fatores

76.16% da variância. A confirmação da retenção dos fatores foi realizada com recurso ao *scree plot* (ver Figura 1), que assegura os quatro fatores presentes na Tabela 2. Através do software *Monte Carlo Parallel Analysis*, são excluídos quaisquer fatores que tenham um *eigenvalue* igual ou inferior a 1.3292, assim neste caso devem ser excluídos todos os fatores seguidos ao 4º fator (*eigenvalue* = 2.110), uma vez que os fatores que se seguem são inferior ao *eigenvalue* obtido no *Monte Carlo Parallel Analysis* (o 5º fator apresenta um *eigenvalue* = .633). Deste modo, segundo o *Monte Carlo Parallel Analysis* devem ser retidos 4 fatores.

O fator número 1 é composto por sete itens que explicam 40.59% da variância, caracterizando o Suporte relacionado com a fé. Ao fator 2 correspondem sete itens que explicam 18.49% da variância, designado por Aceitação e suporte dos pares. O terceiro fator é igualmente constituído por sete itens, os quais explicam 10.76% da variância, denominado Recursos familiares de suporte. Quanto ao último fator, o número 4, também apresenta sete itens, que explicam 6.32% da variância, o qual é designado por Força pessoal percebida. Verifica-se então que qualquer um dos fatores possui uma variância superior a 5% e que a variância total é superior a 50%, o que vai ao encontro dos resultados considerados adequados por Pestana e Gageiro (2014).

O resultado da matriz fatorial indica que os itens cumprem o critério de saturação superior a .4 nos fatores primários correspondentes, embora alguns itens apresentem valores superiores a .4 também noutros fatores. Contudo, como a estrutura fatorial obtida corresponde exatamente à estrutura do estudo original (Pirani et al., 2016) e o uso da rotação oblíqua assume a possível existência de correlação entre os itens (Pestana & Gageiro, 2014), optou-se por não eliminar qualquer item.

Assim, a estrutura do modelo fatorial no que diz respeito à organização dos itens assemelha-se à do estudo original, sendo composta por quatro fatores (Pirani et al., 2016).

4.1.2.2. *Análise Fatorial Confirmatória (AFC)*

A análise fatorial confirmatória (AFC) do instrumento seguiu os procedimentos idênticos aos do estudo original de Pirani e seus colaboradores (2016), estudando dois modelos: um modelo de 1 fator e um modelo de 4 fatores. Na Tabela 3 estão indicados os índices de ajustamento do modelo.

Tabela 3
Índices de Ajustamento para os Modelos Testados

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	RMSEA (IC) 95%	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI	AIC	90%CI	
												LL	UL
Modelo 1F (28 itens) (N = 736)	4287.975	309	13.877	.132	.1313	.699	.791	.791	.830	6.098	4481.975	.129	.136

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	RMSEA (IC) 95%	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI	AIC	90%CI	
												LL	UL
Modelo 4F (28 itens) (N = 736)	771.474	329	2.345	.043	.0266	.928	.978	.981	.842	1.259	925.474	.039	.047

Nota. $N = 736$; χ^2 = Qui-quadrado; gl = Graus de liberdade; RMSEA = Raiz da média quadrática do erro de aproximação; SRMR = Raiz da média quadrática residual; GFI = Índice de bondade do ajustamento; TLI = Índice Tucker-Lewis; CFI = Índice de ajustamento comparativo; PNFI = Índice de ajustamento normalizado de parcimónia; ECVI = Índice esperado de validação cruzada; AIC = Critério de informação de Akaike.

Primeiramente, procedeu-se à análise do modelo com 1 fator, utilizando parte da amostra que foi selecionada aleatoriamente ($N = 736$), com os 28 itens que compõem o instrumento. Os valores de TLI (.791), CFI (.791) e o de GFI (.699) não foram satisfatórios, segundo os valores referenciados por Marôco (2010), tal como o ECVI teve um valor mais elevado do que no modelo de 4 fatores. Também o quociente do χ^2 pelos graus de liberdade está bastante acima do que é considerado aceitável (> 5) (Marôco, 2010). Quanto ao valor de RMSEA, é considerado como um ajustamento inaceitável pois é superior a .1 (Marôco, 2010). Embora o índice de parcimónia PNFI apresente um valor indicador de um bom ajustamento ($> .8$), de acordo com os valores de referência (Marôco, 2010). Perante estes valores, considera-se que o modelo de 1 fator com os 28 itens não apresenta um ajustamento adequado.

Seguiu-se ao procedimento da análise do modelo com os 4 fatores, mantendo os 28 itens e o número de participantes ($N = 736$). Verifica-se que os valores de TLI, CFI e GFI aumentaram, atingindo os valores considerados desejáveis ($> .9$) (Marôco, 2010). O valor do ECVI foi menor do que no modelo de 1 fator e o de χ^2/gl , que anteriormente tinha sido considerado como um ajustamento mau, revela um ajustamento sofrível, embora não seja ótimo é melhor que o primeiro. Quanto à RMSEA melhorou bastante neste modelo, uma vez que passou de um ajustamento inaceitável ($> .1$) para um ajustamento muito bom ($< .05$) (Marôco, 2010).

Assim, constata-se que o modelo com os 4 fatores possui, na generalidade, um melhor ajustamento comparativamente ao modelo com 1 fator. Estes dados vão ao encontro do estudo original (Pirani et al., 2016), apesar de no presente estudo se tenha obtido valores mais elevados. Deste modo, o modelo de 4 fatores passou a ser adotado neste estudo.

Tabela 4
Correlações (r) entre os Fatores do RFL-YA-II

Subescalas	r			
	SRF	RFS	FPP	ASP
Suporte relacionado com a fé (SRF)	-			
Recursos familiares de suporte (RFS)	.36***	-		
Força pessoal percebida (FPP)	.25***	.59***	-	
Aceitação e suporte dos pares (ASP)	.20***	.53***	.58***	-

Nota. $N = 736$. r = Coeficiente de correlação de Pearson.

*** $p < 0.001$.

A Tabela 4 apresenta a análise relativa às intercorrelações entre os fatores do RFL-YA-II, indicando que os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) variaram entre $r = .20$ (valor mínimo) e $r = .59$ (valor máximo). Verifica-se então que os seguintes fatores: Recursos familiares de suporte, Força pessoa percebida e Aceitação e suporte dos pares apresentam uma fraca associação com o fator de Suporte relacionado com a fé, devido aos valores de correlação serem mais baixos (Tabela 4). Por outro lado, as correlações mais fortes (embora moderadas) são notórias entre os três fatores suprarreferidos (RFS, FPP e ASP).

Tabela 5
Estrutura Fatorial do RFL-YA-II: Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	SRF	RFS	FPP	ASP	R^2
1		.797			.677
2				.796	.667
3	.925				.857
4			.782		.659
5				.754	.599
6			.787		.734
7	.935				.895
8		.836			.764
9		.840			.724

Itens	SRF	RFS	FPP	ASP	R^2
10			.811		.667
11			.717		.517
12				.850	.824
13				.799	.629
14			.856		.869
15		.779			.757
16			.797		.757
17				.831	.762
18	.952				.941
19		.766			.686
20			.706		.587
21		.778			.741
22	.938				.904
23	.906				.823
24				.864	.845
25	.947				.918
26				.767	.684
27		.806			.736
28	.927				.870

Nota. $N = 736$; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; SRF = Suporte relacionado com a fé; RFS = Recursos familiares de suporte; FPP = Força pessoal percebida; ASP = Aceitação e suporte dos pares.

Para finalizar a AFC, na Tabela 5 encontram-se os coeficientes de saturação fatorial (padronizados) referentes a cada item do RFL-YA-II, tal como os indicadores de fiabilidade (R^2). No que diz respeito aos coeficientes de saturação, todos os itens

apresentam valores superior a .5, ou seja, são considerados valores moderados e fortes. Em relação aos valores dos indicadores de fiabilidade, todos estão dentro dos parâmetros de qualidade estabelecidos ($> .5$), segundo Fornell e Larcker (1981).

4.1.3. Análise da Fiabilidade

4.1.3.1. Análise da Consistência Interna

A consistência interna do RFL-YA-II foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach de cada subescala do instrumento, utilizando a amostra total ($N = 936$) (Tabela 6).

Tabela 6

Consistência Interna das Subescalas do RFL-YA-II da Versão Portuguesa e da Versão Original (Alfa de Cronbach)

	Versão Portuguesa	Estudos originais (Pirani et al., 2016)	
	($N = 936$)	Estudo 1 ($N = 778$)	Estudo 2 ($N = 426$)
Subescalas do RFL-YA-II			
Suporte relacionado com a fé (SRF)	.98	.98	.98
Recursos familiares de suporte (RFS)	.95	.96	.95
Força pessoal percebida (FPP)	.93	.93	.94
Aceitação e suporte dos pares (ASP)	.94	.95	.95
RFL-YA-II total	.95	-	-

Na versão portuguesa, o RFL-YA-II apresentou valores de alfa de Cronbach bastante satisfatórios, sendo o valor mínimo de .93 e o valor máximo de .98, sendo o coeficiente alfa da escala total bastante satisfatório ($\alpha = .95$). Em relação à versão original, no estudo 1 os valores mínimo e máximo foram similares aos do presente estudo, respetivamente nas subescalas Força pessoal percebida ($\alpha = .93$) e Suporte relacionado com a fé ($\alpha = .98$). Ainda em relação a esse estudo, o alfa de Cronbach foi mais elevado comparativamente ao da versão portuguesa, nas subescalas dos Recursos familiares de suporte e da Aceitação e suporte dos pares. Quanto ao estudo original 2, o alfa de Cronbach variou entre .94 e .98, manifestando a mesma relação descrita anteriormente com a versão portuguesa. De acordo com as referências na literatura, valores do alfa de Cronbach superiores a .9 são considerados com uma consistência interna muito boa (Pestana & Gageiro, 2014).

4.1.3.2. Análise da Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal do RFL-YA-II foi examinada com recurso ao método teste-reteste, a fim de se analisar o grau de correlação entre os resultados conseguidos no primeiro e segundo momento de resposta e averiguar a existência de diferenças significativas entre os mesmos (Tabela 7).

Esta análise foi efetuada numa amostra de 350 jovens-adultos, os quais procederam ao preenchimento do RFL-YA-II, mantendo as mesmas condições, com um intervalo de tempo de 3 a 4 semanas, entre os dois momentos de aplicação do instrumento.

Tabela 7
Estabilidade Temporal do RFL-YA-II

	Teste		Reteste		<i>r</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Subescalas do RFL-YA-II						
Suporte relacionado com a fé (SRF)	19.46	10.76	20.35	10.91	.86***	-2.908
Recursos familiares de suporte (RFS)	34.76	6.72	34.11	6.90	.80***	2.806
Força pessoal percebida (FPP)	34.31	6.76	33.75	6.97	.72***	2.030
Aceitação e suporte dos pares (ASP)	34.17	5.92	33.48	6.35	.68***	2.595

Nota. *N* = 350; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficientes de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

*** *p* < .001.

Ao analisar a Tabela 7 pode verificar-se, no que diz respeito ao coeficiente de Pearson, todos os pares de subescalas do RFL-YA-II correlacionam-se positiva e significativamente.

Em relação à comparação dos valores médios, nos dois momentos de resposta, através do teste *t* de Student para amostras emparelhadas, observa-se que não existem diferenças significativas, sugerindo assim a constância nas respostas dos participantes.

4.1.4. Análise da Validade

4.1.4.1. Validade Convergente e Discriminante

Apresenta-se em baixo (Tabela 8) os valores referentes à validade convergente, que permitem avaliar a coesão do conjunto de itens categorizados num dado fator (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 8
Variância Extraída Média (VEM) do RFL-YA-II

Subescalas do RFL-YA-II	VEM
Suporte relacionado com a fé (SRF)	.68
Recursos familiares de suporte (RFS)	.72
Força pessoal percebida (FPP)	.73
Aceitação e suporte dos pares (ASP)	.89

Nota. $N = 936$; VEM = Variância extraída média.

De acordo com a Tabela 8, o índice de VEM apresenta um valor superior a .5 para todas as subescalas, indicando assim que cada conjunto de itens corresponde ao respetivo fator e não a um outro. Face a estes dados, pode-se assegurar que o RFL-YA-II apresenta uma validade convergente satisfatória.

Tabela 9
Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do RFL-YA-II

Subescalas	r^2			
	SRF	RFS	FPP	ASP
Suporte relacionado com a fé (SRF)	-			
Recursos familiares de suporte (RFS)	.30	-		
Força pessoal percebida (FPP)	.04	.14	-	
Aceitação e suporte dos pares (ASP)	.37	.38	.07	-

Nota. $N = 936$; r^2 = Quadrado da correlação entre os fatores.

Na Tabela 9 é possível analisar os valores respetivos à validade discriminante, que possibilitam inferir acerca do grau em que os itens que pertencem a um determinado fator se relacionam unicamente com esse mesmo (Fornell & Larcker, 1981). Ao analisar esta tabela, pode verificar-se que a variância partilhada entre os fatores é inferior à variância extraída média de cada subescala, sugerindo assim que existe uma diferença notória entre cada subescala que compõe o RFL-YA-II.

4.1.4.2. Validade Concorrente

A validade concorrente é estudada através do cálculo do Coeficiente de Pearson, através da análise de correlação entre as razões para viver (RFL-YA-II) com as restantes variáveis: desesperança (BHS), sintomatologia depressiva (BDI-II), ideação suicida (SIQ) e afectos positivos e negativos (PANAS).

Tabela 10

Correlação entre o RFL-YA-II (Subescalas e Total), a BHS, o BDI-II, o SIQ e o PANAS

Subescalas	BHS	BDI-II	SIQ	PANAS
Suporte relacionado com a fé (SRF)	-.22***	-.17***	-.19***	.18***
Recursos familiares de suporte (RFS)	-.30***	-.32***	-.36***	.28***
Força pessoal percebida (FPP)	-.41***	-.50***	-.43***	.44***
Aceitação e suporte dos pares (ASP)	-.28***	-.31***	-.28***	.30***
RFL-YA-II (total)	-.39***	-.41***	-.41***	.39***

Nota. $N = 936$; BHS = Escala de Desesperança de Beck; BDI-II = Inventário de Depressão de Beck-II; SIQ = Questionário de Ideação Suicida; PANAS = Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos.

*** $p < .001$.

Através da Tabela 10, constata-se então que as correlações são negativas e significativas entre as razões para viver (subescalas e RFL-YA-II total) e a desesperança (BHS), a sintomatologia depressiva (BDI-II) e a ideação suicida (SIQ), e são positivas e significativas com os afetos positivos e negativos (PANAS), indo ao encontro dos resultados esperados, de acordo com a literatura (Gutierrez et al., 2002).

4.1.4. Diferenças entre Grupos (em função do sexo)

Em continuidade, no presente estudo também se analisou a existência de diferenças significativas no RFL-YA-II (escala total e subescalas) entre grupos, isto é, entre os participantes do sexo masculino e os do sexo feminino.

Tabela 11

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student em função do sexo

	Amostra total ($N = 936$)		Sexo masculino ($N = 220$)		Sexo feminino ($N = 716$)		d de Cohen	t	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
SRF	20.15	10.92	17.73	11.19	20.90	10.73	-.29	-3.790	.000
RFS	34.84	7.16	32.75	8.29	35.48	6.65	-.36	-4.471	.000
FPP	34.27	6.75	33.70	6.57	34.45	6.80	-.11	-1.427	.154
ASP	34.02	6.35	33.49	6.65	34.19	6.26	-.11	-1.419	.156
RFL-YA-II total	123.29	22.93	117.68	23.89	125.02	22.37	-.32	-4.188	.000

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; SRF = Suporte relacionado com a fé; RFS = Recursos familiares de suporte; FPP = Força pessoal percebida; ASP = Aceitação e suporte dos pares; RFL-YA-II total = Valor total do Inventário de Razões para Viver em Jovens-adultos – versão II.

Os resultados na Tabela 11 permitem inferir que o valor médio obtido em cada fator, bem como na escala total, difere entre sexos. O sexo feminino obteve valores médios superiores em todas as subescalas e a escala total, comparativamente ao sexo

masculino. Estas diferenças são significativas ($p = .000$) exceto nas subescalas FPP ($t_{(934)} = -1.427, p = .154$) e ASP ($t_{(934)} = -1.419, p = .156$). Quanto à magnitude de efeito, obtido através do cálculo do d de Cohen, verifica-se que no geral o efeito é reduzido, ou seja, existe uma grande sobreposição dos resultados entre os dois grupos levando a que haja pouca diferenciação. No estudo de Pirani e colaboradores (2016), verificou-se de igual modo diferenças entre grupos, entre as subescalas ASP, FPP e SRF, indicando que em ambos os estudos existem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino no fator relacionado com o suporte percebido relativamente à fé.

Estudo 2

4.2. Estudo da Relação entre Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Ideação Suicida mediada pelas Razões para Viver

4.2.1. Estatísticas Descritivas e Associação entre as Variáveis

Previamente à análise da relação de mediação, procedeu-se à examinação das estatísticas descritivas e das correlações entre as variáveis em questão, isto é, os fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança), os fatores protetores (razões para viver) e a ideação suicida. Esta análise foi realizada para dois tipos de amostra, a amostra total ($N = 936$) (consultar Tabela 12), que representa a população em geral (indivíduos com e sem comportamentos suicidas), a amostra que abrange apenas os sujeitos que já realizaram comportamentos autolesivos ($N = 145$) (ver Tabela 13) e a amostra que inclui somente os indivíduos que já efetuaram tentativas de suicídio ($N = 36$) (consultar Tabela 14).

Tabela 12

Estatísticas Descritivas e Correlações entre as variáveis do estudo (amostra total)

	Ideação Suicida	Sintomatologia Depressiva	Desesperança	RFL-YA-II				Total
				SRF	RFS	FPP	ASP	
<i>M</i>	15.88	10.58	4.53	20.15	34.84	34.27	34.02	123.29
<i>DP</i>	21.91	10.44	3.56	10.92	7.16	6.75	6.35	22.93
IS	-							
SD	.72***	-						
D	.58***	.70***	-					
SRF	-.19***	-.17***	-.22***	-				
RFS	-.36***	-.32***	-.30***	.34***	-			
FPP	-.43***	-.50***	-.41***	.25***	.56***	-		

	Ideação Suicida	Sintomatologia Depressiva	Desesperança	RFL-YA-II				Total
				SRF	RFS	FPP	ASP	
ASP	-.28***	-.31***	-.28***	.20***	.53***	.59***	-	
RFL-YA-II Total	-.41***	-.41***	-.39***	.71***	.78***	.75***	.71***	-

Nota. $N = 936$; M = Média; DP = Desvio-padrão; IS = Ideação suicida; SD = Sintomatologia Depressiva; D = Desesperança; SRF = Suporte relacionado com a fé; RFS = Recursos familiares de suporte; FPP = Força pessoal percebida; ASP = Aceitação e suporte dos pares; RFL-YA-II total = Valor total do Inventário de Razões para Viver em Jovens-adultos – versão II.

*** $p < .001$

De acordo com a Tabela 12, relativamente à variável da ideação suicida verifica-se um valor médio de 15.88 ($DP = 21.91$) que, comparativamente ao valor médio obtido no estudo da adaptação do instrumento SIQ para a população portuguesa ($M = 21.32$, $DP = 23.88$; Ferreira & Castela, 1999), é um valor mais baixo, no entanto, esta população, tal como no estudo original, não apresenta um índice alto de pensamentos suicidas, o que pode ser explicado por se tratar de uma população não-clínica, em ambos os estudos.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, o valor médio que se obteve no presente estudo foi de 10.58 ($DP = 10.44$). Segundo os autores da escala original (BDI-II, Beck et al., 1996), a pontuação final no instrumento tem a seguinte classificação: 0-9 pontos: não deprimido; 10-20 pontos: depressão leve, em que 10-17 pontos corresponde a disforia e 18-20 pontos os estados depressivos leves; 21-30 pontos: depressão moderada e pontuação superior a 30: depressão severa. Do conjunto total de participantes, 58.12% ($N = 544$) não apresenta sintomatologia depressiva, enquanto que 25.85% ($N = 242$) possui uma sintomatologia leve, 10.79% ($N = 101$) tem uma sintomatologia moderada e 5.24% ($N = 49$) mostra uma sintomatologia mais severa. Porém, neste caso, pode-se deduzir que esta amostra possui um baixo nível de sintomatologia depressiva.

Em relação à desesperança, a média foi 4.53 ($DP = 3.56$) o que representa um baixo nível de sentimentos de desesperança nesta amostra, uma vez que o ponto de corte neste instrumento (BHS, Beck et al., 1974) é 9. No estudo da adaptação do instrumento para a população portuguesa (Cruz, 2000), os valores médios de desesperança obtidos, para os dois grupos utilizados, foram 11.60 ($DP = 4.51$) e 12.80 ($DP = 4.57$). A discrepância entre os valores referidos e o do presente estudo pode ser devido ao facto de, no primeiro, a amostra ser clínica. Da amostra total, 13.57% dos participantes ($N = 127$) apresentam valores de desesperança considerados preocupantes.

Os resultados dos valores médios das razões para viver (escala total e subescalas) revelam que os participantes apresentam razões para não cometerem suicídio, sendo a subescala dos RFS ($M = 34.84$; $DP = 7.16$) com o valor mais elevado e a subescala do

SRF ($M = 20.15$; $DP = 10.92$) com o valor mais baixo. Em comparação com outros estudos (Bagge et al., 2014; Gutierrez et al., 2002), os valores médios obtidos no presente estudo foram mais baixos.

Quanto aos valores do estudo original (Pirani et al., 2016), foram realizados dois estudos em que, no primeiro, os valores foram superiores aos do presente estudo, em todas as subescalas, com a subescala RFS ($M = 36.07$; $DP = 7.02$) a apresentar o valor mais alto e a SRF ($M = 29.49$; $DP = 12.21$) a mostrar o valor mais baixo, situação que se verifica também neste estudo. No segundo estudo, os valores mantiveram-se superiores, em que o valor mais alto e mais baixo dizem respeito às mesmas subescalas (RFS: $M = 36.09$; $DP = 7.42$ e SRF: $M = 28.95$; $DP = 12.24$).

Na análise das correlações, os fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) apresentam uma correlação negativa e significativa com as razões para viver (escala total e subescalas), tal como a ideação suicida. Estes resultados validam a ideia de que a presença de fatores de risco e/ou de ideação suicida influencia a prevalência das razões para viver (o predomínio de uma diminui a outra). Os fatores de risco e a ideação suicida apresentam entre si uma correlação positiva e significativa, tal como era esperado. Os valores correlacionais variam entre $-.17$ (sintomatologia depressiva e suporte relacionado com a fé) e $.78$ (recursos familiares de suporte e escala total do Inventário das Razões para Viver em Jovens-Adultos – versão II).

Tabela 13

Estatísticas Descritivas e Correlações entre as variáveis do estudo (amostra de indivíduos que realizaram comportamentos autolesivos)

	Ideação Suicida	Sintomatologia Depressiva	Desesperança	RFL-YA-II				Total
				SRF	RFS	FPP	ASP	
<i>M</i>	37.65	19.00	7.03	16.49	30.61	30.54	32.00	109.64
<i>DP</i>	29.34	11.58	4.08	10.07	9.12	8.95	7.56	26.20
IS	-							
SD	.69***	-						
D	.45***	.66***	-					
SRF	-.26**	-.22**	-.23**	-				
RFS	-.25**	-.24**	-.28***	.36***	-			
FPP	-.31***	-.34***	-.26**	.29***	.51***	-		
ASP	-.25**	-.22**	-.29***	.20*	.47***	.50***	-	
RFL-YA-II Total	-.37***	-.35***	-.36***	.67***	.80***	.78***	.70***	-

Nota. $N = 145$; M = Média; DP = Desvio-padrão; IS = Ideação suicida; SD = Sintomatologia Depressiva; D = Desesperança; SRF = Suporte relacionado com a fé; RFS = Recursos familiares de suporte; FPP = Força pessoal percebida; ASP = Aceitação e suporte dos pares; RFL-YA-II total = Valor total do Inventário de Razões para Viver em Jovens-adultos – versão II.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

A Tabela 13 apresenta os valores médios e desvios-padrão para cada variável, bem como a correlação entre as mesmas, para a amostra de indivíduos que já realizaram comportamentos autolesivos ($N = 145$). Após a análise da mesma, verifica-se que os valores da ideação suicida ($M = 37.65$; $DP = 29.34$), da sintomatologia depressiva ($M = 19.00$; $DP = 11.58$) e da desesperança ($M = 7.03$; $DP = 4.08$) foram superiores em comparação com os da amostra anterior (Tabela 12). Uma vez que se trata de uma população que adota comportamentos autolesivos e, deste modo, são uma população de maior risco para concretizarem o suicídio, os fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) relacionados com o mesmo e a ideação suicida teriam que ser superiores nesta população. No que diz respeito às razões para viver, os valores da escala total e de cada subescala sofreram uma diminuição em relação aos da amostra total. Nesta amostra, a subescala que apresenta um valor médio mais elevado é a ASP ($M = 32.00$; $DP = 7.56$), diferindo assim da amostra total, e a que possui um valor mais baixo é a SRF ($M = 16.49$; $DP = 10.07$), tal como na amostra anterior (consultar Tabela 12).

Dos 145 indivíduos que já realizaram comportamentos autolesivos, 31.03% ($N = 45$) apresentam níveis elevados de desesperança e em relação à sintomatologia depressiva, 22.76% ($N = 33$) não possui sintomas, 36.55% ($N = 53$) apresenta sintomatologia leve, 25.52% ($N = 37$) mostra uma sintomatologia moderada e 15.17% ($N = 22$) têm sintomas mais severos.

Relativamente à análise de correlações, as relações entre as variáveis mantiveram-se as mesmas que na amostra total, nomeadamente, relação positiva e significativa entre os fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e ideação suicida e negativa e significativa entre sintomatologia depressiva, desesperança e ideação suicida com a escala total das razões para viver. Os valores de correlação nesta amostra estão entre $-.22$ (sintomatologia depressiva e suporte relacionado com a fé) e $.80$ (recursos familiares de suporte e escala total do Inventário das Razões para Viver em Jovens-Adultos – versão II).

Tabela 14

Estatísticas Descritivas e Correlações entre as variáveis do estudo (amostra de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio)

	Ideação Suicida	Sintomatologia Depressiva	Desesperança	RFL-YA-II				Total
				SRF	RFS	FPP	ASP	
<i>M</i>	49.17	24.44	7.67	14.50	25.56	25.33	28.53	93.92
<i>DP</i>	40.35	15.73	4.85	10.50	11.02	10.67	9.03	30.80

	Ideação Suicida	Sintomatologia Depressiva	Desesperança	RFL-YA-II				Total
				SRF	RFS	FPP	ASP	
IS	-							
SD	.64***	-						
D	.52***	.87***	-					
SRF	-.23	-.08	-.05	-				
RFS	-.20	-.17	-.29	.33	-			
FPP	-.49**	-.57***	-.59***	.14	.57***	-		
ASP	-.19	-.18	-.22	.27	.63***	.55***	-	
RFL-YA-II Total	-.38*	-.34*	-.39*	.58***	.85***	.76***	.80***	-

Nota. $N = 36$; M = Média; DP = Desvio-padrão; IS = Ideação suicida; SD = Sintomatologia Depressiva; D = Desesperança; SRF = Suporte relacionado com a fé; RFS = Recursos familiares de suporte; FPP = Força pessoal percebida; ASP = Aceitação e suporte dos pares; RFL-YA-II total = Valor total do Inventário de Razões para Viver em Jovens-adultos – versão II.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Através da análise da Tabela 14 pode-se concluir que os valores médios da ideação suicida ($M = 49.17$; $DP = 40.35$), da sintomatologia depressiva ($M = 24.44$; $DP = 15.73$) e da desesperança ($M = 7.67$; $DP = 4.85$) aumentaram comparativamente com os resultados obtidos na amostra total e na amostra de indivíduos que realizaram comportamentos autolesivos (Tabelas 12 e 13), embora o valor médio da desesperança não tenha sofrido grande alteração. Nesta amostra, 38.89% dos sujeitos ($N = 14$) apresentam valores de desesperança elevados; enquanto que relativamente à sintomatologia depressiva 16.67% ($N = 6$) não apresenta, 27.78% ($N = 10$) possui sintomatologia leve, 25.00% ($N = 9$) revela uma sintomatologia moderada e por último, 30.56% ($N = 11$) mostra sinais mais severos. O aumento dos valores médios é explicado pelo facto de a amostra utilizada nesta análise ser apenas com indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio, o que origina uma maior predominância dessas variáveis. Por outro lado, os valores médios das razões para viver (total respetivas subescalas) diminuíram, o que corresponde ao esperado para esta população. Nesta amostra verifica-se a mesma tendência que na amostra anterior (ver Tabela 13) em relação à subescala com valor mais elevado e mais baixo (ASP: $M = 28.53$; $DP = 9.03$ e SRF: $M = 14.50$; $DP = 10.50$).

Tal como nas amostras anteriormente apresentadas (Tabelas 12 e 13), as correlações entre a sintomatologia depressiva e a desesperança e ideação suicida são positivas e significativas, bem como as relações entre os mesmos e as razões para viver são negativas, embora em alguns casos estas não sejam significativas (no caso das subescalas de suporte relacionado com a fé, recursos familiares de suporte e aceitação e suporte dos pares). Os valores de correlação nesta amostra oscilam entre $-.05$ (suporte relacionado com a fé e desesperança) e $.87$ (sintomatologia depressiva e desesperança).

4.2.2. Ideação Suicida, Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Razões para Viver em Função do Sexo

Após a análise das estatísticas descritivas das variáveis, tanto na amostra total como na amostra de indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio, procurou-se verificar se existem diferenças nas mesmas entre sexos. Anteriormente já se procedeu à análise das diferenças em função do sexo relativamente ao RFL-YA-II total e subescalas (ver Tabela 11). Deste modo, a Tabela 15 apresenta os valores obtidos nas variáveis (ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança e, novamente, razões para viver) utilizadas no estudo, consoante o sexo masculino ou feminino.

Tabela 15

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student das variáveis em função do sexo

	Sexo masculino (N = 220)		Sexo feminino (N = 716)		d de Cohen	t	p
	M	DP	M	DP			
Ideação Suicida	17.83	22.59	15.28	21.68	.12	1.511	.131
Sintomatologia Depressiva	9.78	9.99	10.83	10.57	-.10	-1.297	.195
Desesperança	4.79	3.67	4.45	3.53	.09	1.232	.218
Razões para viver	117.68	23.89	125.02	22.37	-.32	-4.188	.000

Nota. N = 936; M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes.

Os resultados obtidos nas variáveis psicológicas, consoante o sexo, indicam que os valores médios na ideação suicida e na desesperança são superiores no sexo masculino, enquanto que os valores médios da sintomatologia depressiva e das razões para viver são mais elevados no sexo feminino. Porém, essas diferenças apenas são significativas na variável das razões para viver ($t_{(934)} = -4.188$, $p = .000$), ou seja, apenas se verifica diferenças significativas em função do sexo no que diz respeito aos fatores protetores, nomeadamente, o sexo feminino apresenta mais razões para viver do que o sexo masculino. Relativamente ao d de Cohen, os valores indicam uma magnitude de efeito reduzido.

4.2.3. Ideação Suicida, Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Razões para Viver em Função da História de Comportamentos Autolesivos

De acordo com a análise estatística, sabe-se que, da amostra total, 145 participantes já efetuaram comportamentos com o objetivo de se magoarem a si próprios.

A tabela que se segue (Tabela 16) apresenta os resultados que cada grupo (indivíduos com história de comportamentos autolesivos e indivíduos sem história de comportamentos autolesivos) detém em cada variável mencionada anteriormente.

Tabela 16

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student das variáveis em função da história de comportamentos autolesivos

	Indivíduos com comportamentos autolesivos (N = 145)		Indivíduos sem comportamentos autolesivos (N = 791)				
	M	DP	M	DP	d de Cohen	t	p
Ideação Suicida	37.65	29.34	11.89	17.56	1.06	-10.240	.000
Sintomatologia Depressiva	19.00	11.58	9.04	9.45	.94	-9.780	.000
Desesperança	7.03	4.08	4.07	3.26	.80	-8.250	.000
Razões para viver	109.64	26.20	125.79	21.38	-.67	7.009	.000

Nota. N = 936; M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes.

Através da análise da Tabela 16 conclui-se que os participantes que possuem uma história de comportamentos autolesivos apresentam níveis médios superiores aos dos que não apresentam esse tipo de comportamentos, nos fatores de risco para o comportamento suicida, isto é, na ideação suicida, na sintomatologia depressiva e na desesperança. Isto significa que, quem realiza comportamentos autolesivos pode estar mais suceptível a apresentar pensamentos suicidas, sintomas depressivos e ideação pessimista quanto ao futuro, o que, conseqüentemente, aumenta a probabilidade da ocorrência de um suicídio. Em relação ao fator protetor, as razões para viver, os indivíduos sem história de comportamentos autolesivos apresentam um nível médio superior ($M = 125.79$; $DP = 21.38$). As diferenças entre os dois grupos são significativas para todas as variáveis ($p = .000$).

4.2.4. Ideação Suicida, Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Razões para Viver em Função da História de Tentativas de Suicídio

Para além de terem sido estudadas as diferenças entre indivíduos com e sem comportamentos autolesivos, era pertinente fazer a mesma avaliação para os indivíduos com e sem história de tentativas de suicídio. Deste modo, na Tabela 17 estão exibidos os resultados de cada grupo nas variáveis psicológicas.

Tabela 17

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen, e teste t de Student das variáveis em função da história de tentativas de suicídio

	Indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio (N = 36)		Indivíduos que nunca realizaram tentativas de suicídio (N = 900)		d de Cohen	t	p
	M	DP	M	DP			
Ideação Suicida	49.17	40.35	14.55	19.74	1.09	-5.123	.000
Sintomatologia Depressiva	24.44	15.73	10.03	9.79	1.10	-5.459	.000
Desesperança	7.67	4.85	4.41	3.45	.77	-3.991	.000
Razões para viver	93.92	30.80	124.47	21.78	-1.15	5.894	.000

Nota. N = 936; M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes.

Os dados resultantes desta análise revelam que os participantes que já efetuaram alguma tentativa de suicídio (N = 36), possuem valores médios mais elevados nas variáveis relacionadas com a tentativa de suicídio do que os que nunca tiveram esse comportamento (N = 900), nomeadamente no que diz respeito à ideação suicida (M = 49.17; DP = 40.35 para os indivíduos que já fizeram tentativa de suicídio; M = 14.55; DP = 19.74 para os indivíduos que nunca fizeram tentativa de suicídio) e à sintomatologia depressiva (M = 24.44; DP = 15.73 para os indivíduos que executaram alguma tentativa de suicídio; M = 10.03; DP = 9.79 para os indivíduos que nunca concretizaram tentativa de suicídio) observa-se uma grande discrepância de resultados. Por outro lado, os participantes que nunca experienciaram um comportamento de tentar pôr fim à própria vida mostram possuir mais razões para viver (M = 124.47; DP = 21.78) do que o outro grupo (M = 93.92; DP = 30.80), o que era previsto dado que se trata de um fator protetor do comportamento suicida. Tal como na análise anterior (Tabela 17), as diferenças que existem entre os sujeitos que já experienciaram alguma tentativa de suicídio daqueles que nunca o fizeram, nas variáveis psicológicas referenciadas, são significativas (p = .000).

4.2.5. Contributo dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida

Como modelo final, é necessário entender de que modo as variáveis que são definidas como fatores de risco e como fatores protetores influenciam a variável dependente, no presente caso, a ideação suicida. Assim, mais concretamente, foi analisado, para a amostra total, o contributo diferencial e conjunto da sintomatologia

depressiva e desesperança (fatores de risco) e das razões para viver (fator protetor) na explicação da ideação suicida (consultar Tabela 18).

Tabela 18

Contributo dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida

Ideação Suicida		
Escala		
Fatores de risco (FR)		$R^2 = .530^{***}$
BDI-II	$\beta = .624^{***}$	
BHS	$\beta = .138^{***}$	
Fatores protetores (FP)		$R^2 = .165^{***}$
RFL-YA-II total	$\beta = -.406^{***}$	
Contributo conjunto de FR e FP		$R^2 = .541^{***}$
BDI-II	$\beta = .593^{***}$	
BHS	$\beta = .113^{***}$	
RFL-YA-II total	$\beta = -.118^{***}$	

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação; BDI-II = Inventário de Depressão de Beck-II; BHS = Escala de Desesperança de Beck; RFL-YA-II total = Valor total do Inventário de Razões para Viver em Jovens-adultos – versão II; FR = Fatores de risco; FP = Fatores protetores.

*** $p < .001$.

Os resultados acima apresentados mostram que os fatores de risco explicam 53.0% da variação dos níveis de ideação suicida, e tanto a sintomatologia depressiva (BDI-II) como a desesperança (BHS) apresentam um contributo muito significativo ($p = .000$). Em relação aos fatores protetores, as razões para viver (RFL-YA-II total), estes ostentam um valor inferior aos dos fatores de risco, explicando 16.5% da variação dos níveis de ideação suicida, no entanto esse contributo é igualmente significativo ($p = .000$). O contributo dos fatores de risco e dos fatores protetores em conjunto explica 54.1% dos níveis de variação da ideação suicida, em que cada um deles, a sintomatologia depressiva, a desesperança e as razões para viver possuem um contributo significativo ($p = .000$). Estes resultados sugerem então que os fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) têm uma forte influência na ideação suicida.

4.2.6. Análise de Mediação: Efeitos e Tipos de Mediação

A mediação é caracterizada pelo efeito de um preditor sobre uma variável dependente, através do efeito indireto de uma terceira variável: a mediadora. O processo de análise de mediação pode ser ilustrado através da análise de caminhos. Conforme ilustrado na Figura 2, o efeito total (c) diz respeito ao efeito da variável independente no resultado quando os caminhos que envolvem o mediador são ajustados a zero. O efeito

mediado (ou indireto) (a X b; consultar Figura 2) é definido pelo efeito da variável independente no resultado através da variável mediadora. Em relação ao efeito direto (c'; consultar Figura 2), este traduz o efeito da variável independente no resultado através da estimação do efeito indireto (Baron & Kenny, 1986).

A mediação apresenta dois tipos: mediação total e mediação parcial. A mediação total verifica-se quando o efeito direto da variável preditora (variável independente) sobre a variável resposta (variável dependente) desaparece ao incluir a variável mediadora, isto é, a influência da variável independente sobre a variável dependente é totalmente mediada pela mediadora. A mediação é considerada parcial quando ao incluir a variável mediadora o efeito direto da variável independente sobre a dependente é atenuado (Baron & Kenny, 1986).

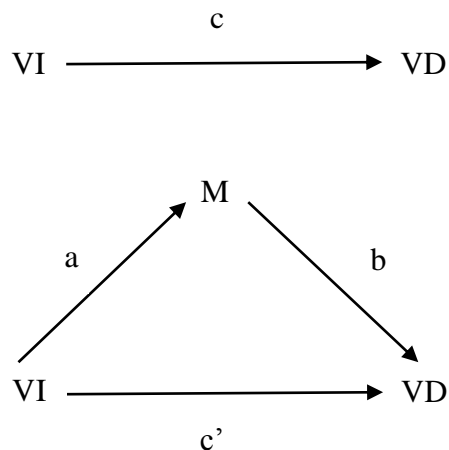


Figura 2. Tipos de efeitos na Análise de Mediação

Nota. Efeito total (c); Efeito mediado/indireto (a X b); Efeito direto (c'); VI: Variável independente; VD: Variável dependente; M: Variável mediadora.

O processo de análise de mediação foi realizado através dos procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986)³, em que foi testado, primeiramente, um modelo do qual a sintomatologia depressiva e a desesperança são a variável independente e a ideação suicida a variável dependente, utilizando a escala total do RFL-YA-II como variável mediadora para a amostra total, seguido do mesmo processo para a amostra que apresenta história de comportamentos autolesivos e, por fim, a mesma avaliação para os indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio (ver Tabela 19). A significância do efeito indireto ou mediado foi calculado com recurso ao Teste de Sobel.

³ Os procedimentos de Baron e Kenny (1986) para avaliar os efeitos de mediação estão descritos no Procedimento de Tratamento de Dados.

Tabela 19

Relação entre Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Ideação Suicida mediada pelas Razões para Viver: Efeitos e Tipos de Mediação

	Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto/mediado	Tipo de mediação
Amostra total (<i>N</i> = 936)	SD → IS (RFL-YA-II)	.721***	.667***	.055	Não existe mediação
	D → IS (RFLYA-II)	.577***	.494***	.083***	Mediação parcial (14.38%)
Amostra de indivíduos com comportamentos autolesivos (<i>N</i> = 145)	SD → IS (RFL-YA-II)	.691***	.642***	.049*	Mediação parcial (7.09%)
	D → IS (RFLYA-II)	.449***	.365***	.084**	Mediação parcial (18.71%)
Amostra de indivíduos que realizaram tentativa de suicídio (<i>N</i> = 145)	SD → IS (RFL-YA-II)	.635***	.573***	.061	Não existe mediação
	D → IS (RFLYA-II)	.516***	.436**	.079	Não existe mediação

Nota. *N* = 936; SD = Sintomatologia Depressiva; D = Desesperança; RFLYA-II total = Valor total do Inventário de Razões para Viver em Jovens-adultos – versão II

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Na amostra total, os resultados adquiridos através da análise de mediação, expostos na Tabela 19, indicam que as razões para viver apresentam um papel mediador parcial (14.38%) e significativo na relação entre a desesperança e a ideação suicida. A desesperança apresenta uma relação negativa sobre as razões para viver ($\beta = -.393$, $p = .000$), o que significa que quanto mais elevados os níveis de desesperança menor a percepção de razões para viver, levando assim a um aumento indireto da ideação suicida. No entanto, o facto de existir mediação, ainda que parcial, pode afirmar-se que as razões para viver poderão desempenhar um papel protetor da ideação suicida, quando os sujeitos apresentam desesperança.

Nos sujeitos que apresentam história de comportamentos autolesivos, a análise mostrou que há uma mediação parcial das razões para viver na relação da desesperança (18.71%) e da sintomatologia depressiva (7.09%) com a ideação suicida.

Na amostra de indivíduos que realizaram alguma tentativa de suicídio não se verificou qualquer efeito de mediação na relação da sintomatologia depressiva e da desesperança com a ideação suicida.

Estes resultados sugerem que, no caso da amostra total, a presença de sintomatologia depressiva é um forte preditor de ideação suicida, enquanto que para os indivíduos que já realizaram tentativa de suicídio, a predominância de sintomatologia depressiva ou sentimentos de desesperança estão diretamente ligados à existência de

ideação suicida, sendo que as razões para viver parecem não ter um papel mediador nestas relações.

Mesmo nos casos em que se verifica um efeito mediador por parte das razões para viver, este é sempre parcial (neste caso, na relação entre desesperança e ideação suicida, para a amostra total, é o único significativo), o que indica que se preserva uma relação direta entre o fator de risco e a ideação suicida. Isto significa que tanto a desesperança como a sintomatologia depressiva apresentam uma grande influência na ideação suicida. Em todas as amostras verifica-se, predominantemente, um efeito direto positivo e significativo entre os fatores de risco e a ideação suicida, o que vem realçar a contribuição dos mesmos para o risco de suicídio.

5. Discussão

A relação entre as razões para viver e os comportamentos suicidas tem sido alvo de grande importância, de forma a enriquecer a compreensão deste fenómeno tão complexo. O presente estudo pretende contribuir para a compreensão destas relações entre fatores de risco e fatores protetores, mas dado que para avaliar os fatores protetores não existia nenhum instrumento traduzido ou validado para a população portuguesa, foi necessário desenvolver um estudo prévio sobre as características psicométricas do Inventário de Razões para Viver para Jovens-Adultos (RFL-YA).

O RFL-YA foi desenvolvido por Gutierrez et al. (2002) como um instrumento adaptado para avaliar os fatores protetores do comportamento suicida, na população referida. Recentemente, está a ser estudada uma nova versão deste instrumento, o RFL-YA-II, a qual foi utilizada na presente investigação (Pirani et al., 2016).

A criação de um instrumento que permite avaliar um fator considerado protetor, em conjunto com o estudo de variáveis de risco para a ideação suicida (e.g. sintomatologia depressiva; desesperança), tem sido fundamental para o desenvolvimento de estudos que expliquem estas relações (e.g., Bagge et al., 2014). A condução de estudos desta índole permite melhorar a forma de se intervir sobre a problemática do suicídio, bem como a prevenção deste tipo de comportamento.

Levando a cabo os objetivos propostos, foram desenvolvidos dois estudos. O estudo 1 focou-se no estudo das características psicométricas do RFL-YA-II para a população portuguesa, numa amostra de jovens-adultos. Relativamente ao estudo 2,

baseou-se na avaliação da ideação suicida para a amostra total e para a amostra de sujeitos com história de tentativa de suicídio; bem como no estudo das variáveis psicológicas (ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança e razões para viver) em função do tipo de amostra (sexo feminino e sexo masculino; com/sem história de comportamentos autolesivos e com/sem história de tentativa de suicídio). Este estudo finaliza com a análise de mediação, para verificar se as razões para viver apresentam um papel mediador na relação entre os fatores de risco (desesperança e sintomatologia depressiva) e a ideação suicida.

A análise das características descritivas do RFL-YA-II sugere que a população estudada, na generalidade, apresenta um baixo risco de comportamentos suicidas, devido ao facto de os valores médios de cada item serem elevados. A maioria dos itens apresenta um valor superior a 4, o que sugere que as razões para não cometer o suicídio, na generalidade, oscilam entre “algo importante” a “extremamente importante”. Estes resultados podem dever-se ao facto de a amostra utilizada no estudo se tratar de uma população não-clínica. Porém, verifica-se que há uma menor pontuação (os valores variam entre 2.78 e 3.07) nos itens correspondentes ao fator do Suporte relacionado com a fé. O que poderá estar, de certa forma, relacionado com o facto de ser uma população de jovens-adultos, que não despende muito tempo em atividades religiosas (como se pode verificar na caracterização da amostra, 35.58% dos participantes revela que raramente participa neste tipo de atividade e 35.04% afirma que nunca).

No que diz respeito às restantes medidas avaliadas na análise descritiva do RFL-YA-II, a assimetria e curtose (medidas de distribuição), pode-se constatar que na maioria dos itens (exceto 5 itens) o valor da assimetria é inferior a zero, indicando assim que as respostas nesses itens foram dadas tendencialmente nos valores mais elevados da escala de *Likert* (Marôco, 2011). Em relação à curtose, apesar de alguns valores estarem acima da unidade, estes encontram-se incluídos nos valores de referência (Kline, 2011). Embora todas as opções de resposta terem sido utilizadas pelos participantes, verifica-se uma tendência para as respostas dos valores mais elevados na escala (4, 5 e 6).

No âmbito do estudo 1 da análise da estrutura interna do RFL-YA-II, efetuou-se inicialmente a AFE e, posteriormente, a AFC. Todo o processo da AFE foi realizado com base nos mesmos métodos do estudo original (Pirani et al., 2016), originando, à semelhança do mesmo, um conjunto de quatro fatores diferenciados, os quais: (1) Suporte relacionado com a fé; (2) Aceitação e suporte dos pares; (3) Recursos familiares de

suporte; e (4) Força pessoal percebida. Através da AFE foi possível calcular a percentagem da variância total explicada pela matriz fatorial do instrumento (76.16%). Todos os itens obtiveram valores satisfatórios no respetivo fator primário, o que permite inferir sobre a qualidade da matriz de dados.

Seguidamente, iniciou-se a AFC replicando o mesmo processo realizado no estudo de Pirani e colaboradores (2016). Primeiramente avaliou-se o índice de ajustamento dos dados através do modelo com um fator, abrangendo os 28 itens. Tal como no estudo original, este modelo com um fator não apresenta valores satisfatórios, com base nos valores referenciados (valores inferiores a .9 para o TLI, CFI e GFI e superior a .05 para o RMSEA) (Marôco, 2010).

Perante esta situação, deu-se seguimento à análise do modelo com quatro fatores onde todos os índices obtiveram melhores resultados em comparação ao modelo com um fator. Nesta análise obteve-se valores de TLI, CFI e GFI superiores a .9, o valor do ECVI diminui comparativamente ao do modelo de 1 fator o que é bastante satisfatório e o resultado de χ^2/df também melhorou em relação ao do primeiro modelo analisado. O valor de RMSEA neste modelo de 4 fatores melhorou consideravelmente, uma vez que de um ajustamento inaceitável passou a um ajustamento considerado muito bom (Pestana & Gageiro, 2014). O estudo original (Pirani et al., 2016) revela que o modelo com quatro fatores possui melhores índices de ajustamento, situação que se verifica igualmente no presente estudo.

Em relação às correlações entre os fatores do RFL-YA-II, estas variaram entre $r = .20$ e $r = .59$ indicando que os fatores se diferenciam entre si. Quanto aos coeficientes de saturação padronizados e aos indicadores de fiabilidade, obteve-se valores considerados satisfatórios (superiores a .5), segundo a literatura (Fornell & Larcker, 1981).

A análise da fiabilidade do RFL-YA-II foi estudada através da consistência interna das subescalas do instrumento da versão portuguesa e da versão original (com recurso ao alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal. Os alfas de Cronbach da versão portuguesa foram considerados excelentes (variaram entre .93 e .98), segundo os critérios de Pestana e Gageiro (2014), semelhantes aos do estudo 1 da versão original; no estudo 2 dessa mesma versão o alfa de Cronbach obteve resultados entre .94 e .98, não diferindo muito da versão portuguesa.

A estabilidade temporal, inserida ainda na análise da fiabilidade, revelou igualmente resultados satisfatórios dado que a correlação entre os fatores é positiva e significativa. Em relação à existência de diferenças significativas entre os dois momentos de resposta, os resultados sugerem a ausência dessas diferenças, ou seja, parece haver uma constância dos resultados ao longo do tempo. Pode, assim, concluir-se que o RFL-YA-II apresenta uma boa fiabilidade.

Também foi avaliada a validade do RFL-YA-II, completando assim o estudo das propriedades psicométricas do instrumento. A análise da validade inclui a validade convergente, discriminante e concorrente. Quanto à primeira, procedeu-se ao cálculo da Variância extraída média (VEM) que indicou que cada item corresponde ao fator a que está associado. Os valores obtidos em cada subescala foram superiores a .6, o que comparando com os do estudo de Pirani e colaboradores (2016) foram mais satisfatórios, dado que no estudo original os valores foram mais baixos (.4), excepto para a subescala de Suporte relacionado com a fé que obteve valores superiores a .8.

Na validade discriminante, os resultados mostram que a variância partilhada entre os fatores é inferior à variância extraída média de cada fator, ou seja, cada fator difere dos restantes (Fornell & Larcker, 1981).

Por fim, na validade concorrente verifica-se a existência de correlações negativas e significativas entre as razões para viver e a sintomatologia depressiva, a desesperança e a ideação suicida, e positivas e significativas com os afetos positivos e negativos. Estes resultados vêm confirmar a relação entre os fatores protetores (medidos pelo RFL-YA-II) e os fatores de risco: a evidência de uns diminui a dos outros, tal como os resultados encontrados na literatura (e.g., Gutierrez et al., 2002).

Na análise das diferenças entre grupos (em função do sexo) foi possível verificar que existem diferenças significativas nas subescalas de Suporte relacionado com a fé e nos Recursos familiares de suporte, em que o sexo feminino obteve valores superiores aos do sexo masculino. No estudo original (Pirani et al., 2016), verificou-se de igual modo diferenças significativas entre sexos na subescala de Suporte relacionado com a fé, com o sexo feminino a ter valores mais elevados. No estudo de Gutierrez e colaboradores (2002) foram encontradas diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino no que diz respeito às relações familiares, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo.

Quanto aos resultados obtidos no estudo 2, mais concretamente em relação à análise das variáveis psicológicas (ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança e razões para viver), verificou-se que a amostra total é a que apresenta menores níveis de ideação suicida, provavelmente por se tratar de uma população não-clínica, de sintomatologia depressiva e de desesperança; enquanto que, as amostras referentes aos indivíduos com história de comportamentos autolesivos e com história de tentativa de suicídio possuem níveis mais elevados nessas variáveis.

Em relação às razões para viver a amostra total obteve resultados mais elevados que as restantes, verificando-se que a subescala dos Recursos familiares de suporte parece ser a que os indivíduos atribuem mais motivos para não cometerem suicídio. Assim, parece que a existência de uma boa relação familiar, onde estão presentes fortes laços emocionais, recursos de suporte e interação social, possui importância para o indivíduo na decisão de concretizar o suicídio. Estas conclusões vêm realçar a importância dos fatores familiares sublinhados na literatura (e.g., Bridge, Goldstein & Brent, 2006), uma vez que determinados contextos, estruturas e relações familiares podem aumentar o risco de comportamento suicida (e.g., conflitos familiares, autoridade excessiva ou inadequada e divórcio parental).

Tanto a amostra de sujeitos com história de comportamentos autolesivos como a de indivíduos com história de tentativa de suicídio concedem maior importância à subescala de Aceitação e suporte dos pares como motivo para não cometer suicídio. Por outro lado, em todas as amostras a subescala do Suporte relacionado com a fé é a que os indivíduos atribuem menos importância para não realizarem suicídio. No estudo original (Pirani et al., 2016), a subescala que obteve maiores valores foi a dos Recursos familiares de suporte e a que apresentou menos foi a do Suporte relacionado com a fé, o que vai ao encontro com os resultados deste estudo para a amostra total.

No que diz respeito às relações entre variáveis, em todas as amostras, verifica-se o mesmo padrão relacional, nomeadamente, a sintomatologia depressiva, a desesperança e a ideação suicida têm uma relação negativa e significativa com as razões para viver, excepto na amostra de indivíduos com história de tentativa de suicídio para as subescalas de Suporte relacionado com a fé, Recursos familiares de suporte e Aceitação e suporte dos pares, que não é significativa; enquanto que, a relação entre os fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e a ideação suicida é positiva e significativa.

Isto significa que, quanto maiores os níveis de sintomatologia depressiva e desesperança menores serão os níveis de percepção das razões para viver; consequentemente uma menor percepção das mesmas leva a um aumento da ideação suicida. Estes resultados são consistentes com outros estudos realizados neste âmbito (Bagge et al., 2012; Ellis & Lamis, 2007; Gutierrez et al., 2002; Lamis & Lester, 2012; Malone et al., 2000).

Por exemplo, os estudos de Dogra, Basu e Das (2008; 2011) revelam que as razões para viver promovem um sentido de esperança em relação à vida e, deste modo, reduzem a possibilidade de ideação e realização do comportamento suicida. É possível concluir então que altos níveis de razões para viver estão fortemente associados a baixos níveis de ideação suicida (Woods, Zimmerman, Carlin, Hill & Kaslow, 2013).

No mesmo seguimento, as variáveis foram analisadas em função do sexo e foi possível concluir que apenas existem diferenças significativas entre sexo masculino e feminino para a variável das razões para viver, em que o sexo feminino apresenta valores mais elevados, indo ao encontro de resultados obtidos em estudos anteriores (e.g., Dobrov & Thorell, 2004; Gutierrez, et al., 2002; Pirani et al., 2016; Wang et al., 2013). A literatura tem vindo a identificar diferenças entre géneros, nomeadamente, no que diz respeito às perturbações do humor, mais concretamente em relação à depressão, sabe-se que o sexo feminino apresenta uma maior predisposição para este tipo de perturbação do que o sexo masculino (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

No estudo desenvolvido por Wang e colaboradores (2013) a sintomatologia depressiva e a satisfação com a vida são fortes preditores de ideação e comportamento suicida no sexo masculino. Embora as razões para viver como preditor da ideação e comportamento suicida não tenha obtido um resultado estatisticamente significativo, as razões para viver possuem um papel preditivo para o sexo feminino. Esta conclusão parece consistente com a tendência do sexo feminino para apresentar pontuações mais altas na escala das razões para viver do que o sexo masculino.

Quanto ao comportamento suicida, o sexo feminino manifesta maior incidência nas tentativas de suicídio e ideação suicida, enquanto que o sexo masculino apresenta uma maior associação a comportamentos autolesivos mais severos e até letais (Bridge et al., 2006). Apesar de se encontrar referências na literatura de diferenças entre sexo

feminino e masculino nas variáveis de ideação suicida, sintomatologia depressiva e desesperança, no presente estudo essas diferenças não foram significativas.

A comparação entre indivíduos com/sem história de comportamentos autolesivos revelou que existem diferenças significativas entre estes dois grupos, nomeadamente, os sujeitos que reportam este tipo de comportamento apresentam maiores níveis de ideação suicida, sintomatologia depressiva e desesperança, e menores níveis relacionados às razões para viver. Segundo a literatura (Nock, 2010; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001), sabe-se que os indivíduos que se automutilam apresentam uma maior probabilidade de apresentarem ideação suicida ou tentativas de suicídio anteriores, independentes dos comportamentos autolesivos, bem como, uma maior predominância para a existência de sintomatologia psicopatológica, como é o caso de humor depressivo e desesperança.

A mesma análise com os sujeitos com/sem história de tentativa de suicídio revelou que há diferenças significativas ao nível dos fatores de risco e ideação suicida, com níveis mais elevados para os sujeitos que já realizaram tentativa de suicídio e níveis mais elevados nas razões para viver nos sujeitos que nunca efetuaram tentativa de suicídio. O estudo de Malone e colaboradores (2000), comparando indivíduos deprimidos sem história de tentativa de suicídio com indivíduos que apresentam história de tentativa de suicídio, revelou que as razões para viver protegem os mesmos de adotarem comportamentos suicidas, em momentos mais vulneráveis. Um estudo com imigrantes asiáticos (Chung, Caine, Barron, & Badaracco, 2015), que realizaram várias tentativas de suicídio, mostrou que estes indivíduos apresentam altos níveis de desesperança.

O contributo dos fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e dos fatores protetores (razões para viver) na explicação da ideação suicida mostrou que, os fatores de risco possuem um contributo significativo na ideação suicida (53.0%), enquanto que os fatores protetores explicam 16.5% da variação da ideação suicida, este contributo é, de igual modo, significativo. Em conjunto, os fatores de risco e protetores têm um contributo significativo na ideação suicida, que explicam 54.1% dessa variação. Segundo o estudo de Wang e colaboradores (2015), a sintomatologia depressiva e a desesperança apresentam um impacto importante no desenvolvimento de ideação suicida.

As conclusões do estudo de Linehan e colaboradores (1983) mostram que os indivíduos que apresentam comportamentos suicidas diferem na forma como atribuem

um grau de importância a um conjunto de crenças e expectativas de vida. O mesmo estudo revela que tanto em populações clínicas como não-clínicas, os sujeitos que apresentam história de tentativas de suicídio relatam menos razões para viver do que aqueles que não apresentam história de tentativas de suicídio.

No que concerne à análise do papel mediador das razões para viver na relação entre sintomatologia depressiva e desesperança com a ideação suicida, procedeu-se a uma avaliação com três tipos de amostra: a amostra total, a amostra de indivíduos com comportamentos autolesivos e a amostra de sujeitos que realizaram tentativa de suicídio. Na amostra total foi identificado um papel mediador parcial por parte das razões para viver na relação da desesperança com a ideação suicida, enquanto que na relação entre sintomatologia depressiva e ideação suicida não existe qualquer tipo de mediação das razões para viver. Para a amostra de indivíduos com comportamentos autolesivos, o resultado da análise indicou que existe mediação parcial das razões para viver na relação entre ambos os fatores de risco com a ideação suicida. Para terminar a análise de mediação, com a amostra de indivíduos que realizaram tentativa de suicídio não é identificada nenhum efeito mediador das razões para viver na relação dos fatores de risco com a ideação suicida.

Estes dados refletem acerca da importância das razões para viver como fator protetor da ideação suicida, quando os sujeitos apresentam desesperança. Contudo, em relação à sintomatologia depressiva, esse papel mediador não está presente na amostra total, o que sugere que esta variável é um forte preditor da ideação suicida. A ausência de mediação na relação entre fatores de risco e ideação suicida para os indivíduos que já efetuaram tentativa de suicídio, pode ser explicada pelo facto de estes apresentarem uma intencionalidade em terminar com a própria vida, daí as razões para viver não serem um factor protetor para esse comportamento, ao contrário dos sujeitos que realizam comportamentos autolesivos, pois a intencionalidade é magoar-se a si próprio sem que o objetivo final seja a morte.

Um outro estudo (Bagge et al., 2014) que aborda as relações entre ideação suicida, desesperança e sintomatologia depressiva mediadas pelas razões para viver, obteve resultados similares ao do presente estudo (para a amostra de sujeitos com história de comportamentos autolesivos), nomeadamente, que as razões para viver têm um papel de mediador parcial na relação entre a sintomatologia depressiva e a desesperança com a

ideação suicida. No estudo de Gutierrez e colaboradores (2002) verifica-se, igualmente, um papel mediador parcial por parte das razões para viver.

Apesar do presente estudo ter cumprido com todos os procedimentos metodológicos necessários numa investigação, alguns aspetos devem ser assinalados de forma a melhorar os estudos realizados na temática da Suicidologia. Um dos fatores a ter em consideração diz respeito à desproporção de participantes do sexo masculino e do sexo feminino. Esta componente foi, particularmente, difícil de controlar, dado que os questionários foram respondidos em formato on-line, a fim de ter uma amostra mais equilibrada em termos de representação da população desta faixa etária, de diferentes zonas de Portugal Continental e Ilhas.

Outro ponto a ser assinalado diz respeito ao facto de, dado que a amostra foi recolhida através de uma plataforma on-line, os sujeitos que apresentam maiores índices de ideação suicida, sintomatologia depressiva ou desesperança podem não estar tão interligados a estes meios de comunicação, como aqueles que não têm este tipo de sintomatologia ou possuem níveis mais baixos. Assim, os casos da amostra utilizada neste estudo que foram identificados como potenciais de risco para o comportamento suicida podem ser inferiores àquilo que a realidade corresponde.

Embora as limitações suprarreferidas, a presente investigação apresenta importantes implicações empíricas e clínicas. Os resultados obtidos no estudo 1, acerca das propriedades psicométricas do RFL-YA-II, permitem inferir acerca da sua viabilidade e fiabilidade para ser aplicado na população portuguesa de jovens-adultos e que pode ser um instrumento utilizado em investigações futuras, bem como em contexto clínico. Quanto às principais conclusões do estudo 2, verificamos que menores níveis de razões para viver estão associados a níveis mais altos de fatores de risco (sintomatologia depressiva e desesperança) e níveis mais elevados de ideação suicida. Além disso, conclui-se que as razões para viver medeiam parcialmente a relação entre fator de risco e ideação suicida, o que vai ao encontro da literatura (e.g., Bagge et al., 2014; Gutierrez et al., 2002).

Estes resultados permitem inferir acerca da importância do papel das razões para viver, nomeadamente como fator protetor, na relação entre sintomatologia depressiva e desesperança com a ideação suicida. Estes dados conduzem à necessidade de em contexto clínico haver uma maior preocupação na avaliação deste fator, de modo a serem

desenvolvidos programas de intervenção focados nesta componente (ao serem indentificadas, essas razões devem ser parte fundamental do processo terapêutico), como também ao nível de prevenção, como forma de garantir uma maior proteção para o comportamento suicida, realçando a importância da percepção dos sujeitos das suas razões para viver.

Como proposta para estudos futuros, seria interessante analisar a mesma relação entre as variáveis mas para uma amostra clínica, de forma a compreender qualquer o papel das razões para viver nesta amostra. Seria interessante explorar estas relações de mediação utilizando as subescalas do RFL-YA-II. Uma outra sugestão poderia ser, uma vez que as razões para viver não têm um papel mediador na relação entre sintomatologia depressiva e desesperança com a ideação suicida, na amostra de sujeitos que já efetuaram tentativa de suicídio, verificar se existem outras variáveis que possam ter um papel mediador nesta relação.

6. Referências Bibliográficas

- Almeida, J. M. C. & Xavier, M. (2013). *1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Retirado de http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.
- Bagge, C. L., Lamis, D. A., Nadorff, M., & Osman, A. (2014). Relations between hopelessness, depressive symptoms and suicidality: Mediation by reasons for living. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 18-31.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory: Second edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 47(3/4), 372-394.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II para a população portuguesa. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica*, Lisboa, 25 a 27 de Julho.
- Cassaretto, M. B. & Martínez, P. U. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: Validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*, 30(1), 170-188.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Celluci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 558-569.
- Chung, I. W., Caine, E. D., Barron, C. T., & Badaracco, M. A. (2015). Clinical and psychosocial profiles of asian immigrants who repeatedly attempt suicide. *Crisis*, 36(5), 353-362.
- Cruz, J. P. (2000). *Terapia Cognitiva de los intentos de suicidio: Cambiando historias de muerte por historias de vida*. (Tese de Doutoramento), Universidade de Sevilha, Sevilla.
- Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires, & J. Veloso (Eds.), *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas* (pp. 47-71). Leiria: Editorial Presença.
- Dean, P., & Range, L. M. (1999). Testing the Escape Theory of Suicide in an outpatient clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 23(6), 561-572.
- DGS (Direção-Geral da Saúde) (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.2013.
- DGS (Direção-Geral da Saúde) (2016). *Portugal: Saúde mental em números – 2015*. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>.

- Dobrov, E., & Thorell, L. H. (2004). "Reasons for living" – translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a swedish random sample. *Nord J. Psychiatry*, 58(4), 277-285.
- Dogra, A., Basu, S., & Das, S. (2008). The roles of personality, stressful life events, meaning in life, reasons for living on suicidal ideation: A study in college students. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 15, 52-57.
- Dogra, A., Basu, S., & Das, S. (2011). Impacto f meaning of life and reasons for living to hope and suicidal ideation: A study among college students. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 18, 89-102.
- Durkheim, É. (1897/2001). *O suicídio. Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., & Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *Journal Pediatric*, 151(5), 482-487.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Ellis, J. N. & Lamis, D. A. (2007). Adaptive characteristics and suicidal behavior: A gender comparison of young adults. *Death Studies*, 31, 845-854.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, (pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation modeling with unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Frazão, P., Santos, J. C., & Sampaio, D. (2014) Família e suicídio. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*, (pp. 135-142). Lisboa: LIDEL.
- Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227.
- Garlow, S. J., et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Guerreiro, D. (2009). Depressão e suicídio. In H. C. Filho, & C. Ferreira-Borges (Coord.), *Stress, depressão e suicídio: Gestão de problemas de saúde em meio escolar*, (pp. 115-144). Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerreiro, D. F. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Baker, M. T., & Haraburda, C. M. (2002). Development of the Reasons for Living Inventory for Young Adults. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 339-357.

- Gutierrez, P. M., Rodriguez, P. J., & Garcia, P. (2001). Suicide risk factors for young adults: Testing a model across ethnicities. *Death Studies*, 25, 319-340.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). O estudo preliminar. In *Investigação por questionário*, (pp. 69-82). Lisboa: Edições Sílabo.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2016). *Causas de morte 2014*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224786815&PUBLICACOESmodo=2.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Lamis, D. A. & Lester, D. (2012). Risk and protective factors for reasons for living in college men. *International Journal of Men's Health*, 11(3), 189-201.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., & Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *Am J Psychiatry*, 157, 1084-1088.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *Relatório do estudo HBSC 2014: A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Retirado de http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf.
- Mize, A. E. & Ellis, J. B. (2003). Reasons for living and suicide ideation in young adults from divorced and non-divorced homes. *Journal of Divorce & Remarriage*, 40(1/2), 1-16.
- Moreira, J. M. (2004). A validade. In *Questionários: Teoria e prática*, (pp. 331-516). Coimbra: Livraria Almedina.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annu. Rev. Clin. Psychology*, 6, 339-363.
- O'Connor, R. C. (2011). Toward an integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 181-198). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R.,... Linehan, M. M. (1998). The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A):

Development and psychometric properties. *Journal of clinical psychology*, 54(8), 1063-1078.

Porto Editora (2015). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.

Peixoto, B., & Azenha, S. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*, (pp. 19-53). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.

Pirani, S., Acosta, M., Hoyos, J., Gonzalez, K., & Osman, A. (2016). Structure and validity of the reasons for living inventory for young adults-II (RFL-YA-II): A measure for assessing reasons for living. *MARC U*STAR*.

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Narciso, V., Vento, A., Pisa, E.,... Girardi, P. (2007). Risk-taking and reasons for living in non-clinical italian university students. *Death Studies*, 31, 751-762.

Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307.

Rieger, S. J., Peter, T., & Roberts, L. W. (2015). "Give me a reason to live!" Examining reasons for living across levels of suicidality. *J. Relig. Health*, 54, 2005-2019.

Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.

Salami, T. K., Brooks, B. A., & Lamis, D. A. (2015). Impulsivity and reasons for living among african american youth: A risk-protection framework of suicidal ideation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 5196-5214.

Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.

Santos, N., & Neves, E. L. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*, (pp. 225-240). Lisboa: LIDEL.

SPESM (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental) (2009). *A saúde mental e vulnerabilidade social*. Retirado de <http://www.aspesm.org/index.php/publicacoes/e-book>.

SPS (Sociedade Portuguesa de Suicidologia) (2006). Suicídio: respostas a questões frequentes. Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/questoes-frequentes>.

- SPS (Sociedade Portuguesa de Suicidologia) (2014). Estatística. Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>.
- SPS (Sociedade Portuguesa de Suicidologia) (2014). Quais os sinais de alerta? Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/procura-apoio/quais-os-sinais-de-alerta>.
- SPS (Sociedade Portuguesa de Suicidologia) (2014). Tentativa de suicídio e Para-suicídio. Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/procura-apoio/tentativa-de-suicidio-e-para-suicidio>.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Stanton, C., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2003). Risk-taking behavior and adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 74-79.
- Wang, M. C., Lightsey, O. R., Pietruszka, T., Uruk, A. C., & Wells, A. G. (2007). Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 195-204.
- Wang, M. C., Lightsey, O. R., Tran, K. K., & Bonaparte, T. S. (2013). Examining suicide protective factors among black college students. *Death Studies*, 37, 228-247.
- Wang, M. C., Nyutu, P. N., & Tran, K. K. (2012). Coping, reasons for living, and suicide in black college students. *Journal of Counseling & Development*, 90, 459-466.
- Wang, Y., Jiang, N., Cheung, E. F. C., Sun, H., & Chan, R. C. K. (2015). Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 183, 83-89.
- Westefeld, J. S., Cardin, D., & Deaton, W. L. (1992). Development of the college student reasons for living inventory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 442-452.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.
- Wenzel, A. & Beck, A. T. (2008). A cognitive modelo f suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.
- Whisman, M. A., Perez, J. E., & Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck depression inventory – Second edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 545-551.
- WHO (World Health Organization) (2014). *Preventig suicide: A global imperative*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1.
- WHO (World Health Organization) (2015). Suicide. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Retirado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/dashboard/en/.

- WHO (World Health Organization (2017). First WHO report on suicide prevention. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>.
- Woods, A. M., Zimmerman, L., Carlin, E., Hill, A., & Kaslow, N. J. (2013). Motherhood, reasons for living, and suicidality among african american women. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 600-606.

7. Anexos

Anexo A – Pedido de autorização para aplicação e estudo psicométrico do instrumento original do RFL-YA (Gutierrez et al., 2002)

Pedido de Autorização

Exmo. Professor Doutor Peter Gutierrez,

O meu nome é Marta Brás e sou professora no Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Algarve, Portugal, e nos últimos anos tenho investigado os fatores de risco e de proteção do comportamento suicida.

Neste ano letivo, estou a orientar a tese de mestrado da aluna Ana Rita Salvé-Rainha que pretende usar o Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA, Gutierrez et al., 2002) na sua investigação. Nós ficaríamos muito gratas se nos autorizasse a traduzir e adaptar o RFL-A para o português-europeu.

Agradecemos, desde já, a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Brás

Sir Peter Gutierrez,

My name is Marta Brás and I am a professor in the Department of Psychology and Educational Sciences of the University of Algarve, Portugal, and in recent years I have investigated the risk and protective factors of suicidal behavior.

This academic year, I am guiding the master's thesis of Ana Rita Madeira who intends to use the Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA, Gutierrez et al., 2002) in her investigation. We would be very thankful if you authorize the translation and adaption of the RFL-YA to the Portuguese-European.

Thank you for your attention.

Yours faithfully,

Marta Brás.

Anexo B –Aceitação do pedido de autorização para aplicação e estudo psicométrico do instrumento original do RFL-YA (Gutierrez et al., 2002)

Aceitação do pedido de autorização

Prof. Brás,

Thank you for your interest in our work. We have fairly substantially modified the RFL-YA since it was originally published, but have not yet published a new version. Assuming you would like to work with the original version, and that you employ standard translation methodologies – translation to Portuguese, back translation to English to confirm accuracy, etc. then we would be happy to allow you to proceed with this project.

Best regards,

Pete

Peter M. Gutierrez, Ph.D.

Clinical/Research Psychologist

**Anexo C – Pedido de Autorização aos Diretores(as)/Presidentes das
Faculdades/Escolas das Universidades/Institutos Politécnicos**

Pedido de Autorização

Exmo.(a) Senhor(a) Diretor(a)/Presidente da Faculdade/Escola X da Universidade/Instituto Politécnico de Y,

Nome do Exmo.(a),

O meu nome é Ana Rita Madeira, sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade do Algarve. Neste âmbito estou a realizar uma investigação científica sobre as “Razões para viver como fator protetor da ideação suicida em jovens-adultos”. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é a segunda causa de morte nos jovens-adultos, pelo que importa investigar os fatores protetores deste tipo de comportamento. Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização de Vossa Excelência para enviar/reencaminhar o link do questionário sobre o tema em estudo, via e-mail, a todos os alunos da sua Escola, de modo a que possam participar nesta investigação científica.

Para o caso deste pedido ser diferido, envio, em anexo, a informação e o link que deverão ser enviados aos alunos.

Desde já agradeço a vossa melhor atenção.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Madeira

Pedido de Colaboração aos Alunos

Cara comunidade académica,

O meu nome é Ana Rita Madeira, sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade do Algarve. Neste âmbito, estou a realizar uma investigação científica sobre a relação entre as Razões para Viver e o Suicídio. Esta investigação destina-se a jovens-adultos portugueses, na faixa etária entre os 18 e os 30 anos. Deste modo, gostaria de solicitar a vossa colaboração para responder a um questionário

subordinado ao tema, carregando no link abaixo. A resposta ao questionário demorará apenas entre **10-15 minutos**. A vossa participação é mesmo muito importante.

Para aceder ao site, clique no seguinte link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelQrS2ak6lXMSnmZ_mXW8M2CAYpiEw7X-y9BGXkuPzd7p_Dg/viewform?usp=send_form

Agradeço, desde já a vossa atenção.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Madeira